

## Anamnesebogen für Kleinkinder



Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Sehr geehrte/r Patient/in

um Ihnen eine angemessene und auf ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Dies können neben Angaben zu Person (wie Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (z.B. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Um dieses Verfahren der Anamnese zu beschleunigen und Ihnen einen zügigen Start der Therapie zu ermöglichen, benutzen wir in unserer Praxis standardisierte Fragebogen. Dabei kann es vorkommen, dass durch den Fragenkatalog Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht erstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihrer Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem behandelnden Therapeuten.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist von Jahren (vgl. §630 f Abs.3 BGB). Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Sie haben das Recht, unrichtige Angaben berichtigen oder löschen zu lassen. Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gerne vertrauensvoll an Ihren behandelnden Therapeuten. Sie haben aber auch das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie darum, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Behandlungsinformationen:

Wenn Sie Ihren Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, sagen Sie uns bitte rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) telefonisch – nicht per E-Mail ab. Die private Berechnung von nicht abgesagten Terminen, sofern wir diesen nicht weiter vergeben konnten, behalten wir uns vor.

Wir möchten unsere Patienten individuell und befundgerecht behandeln und legen unseren Schwerpunkt auf die ganzheitliche Betreuung.

Ihr Praxisteam *FLK-Physiokids*

Datum:  Geb. Datum:   
Name:  Vorname:   
Adresse:   
Telefon privat:  Telefon geschäftlich:   
Handy:  E-Mail:   
Versicherung:  **gesetzlich**  **privat**  **Beihilfe**  
Kinderarzt:   
Diagnose:   
Bisherige Therapie:

**Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen und bis spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig absagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.**

**Bitte Zutreffendes ankreuzen!**

Es ist ein  **leibliches Kind**  **Stiefkind**  **Pflegekind**  **Adoptivkind**

**Schwangerschaft:**

Vorausgegangene Schwangerschaft/en:  Geburten:   
Komplikationen in der Schwangerschaft  **Nein**  **Ja, welche?**   
Medikamente in der Schwangerschaft  **Nein**  **Ja, welche?**   
In der Schwangerschaft  Rauchen  Alkohol  Drogen zu sich genommen?  
 Diabetes  
Lage des Kindes im Mutterleib:

**Geburt**

Spontane Geburt  Geburt nach Einleitung  Geplanter Kaiserschnitt  
 Not-Kaiserschnitt  
Komplikationen während der Geburt  **Nein**  **Ja, welche?**   
 Saugglocke / Zange  trübes Fruchtwasser  bläuliche Färbung  
 Nabelschnurumschlingung  
 Beatmung wenn ja, wie lange?   
 Abweichende Herztöne  Monitorüberwachung  Neugeborenenengelbsucht

**Nahrungsaufnahme**

ich Stille  ich habe gestillt  mit Flasche

**Mein Kind hat / hatte:**

- vermehrten Speichelfluss
- Dreimonatskoliken
- Sehbeeinträchtigung
- spuckt viel
- eine Magensonde
- Hörbeeinträchtigung
- eine Trinkschwäche
- Krampfanfälle

**Verdauung**

- geformter Stuhl
- Verstopfung
- ungeformter, breiiger Stuhl
- Durchfälle

**Sonstiges**

Mein Kind:

- schreit viel
- hat häufige Infekte, welche?
- hat folgende Allergien:
- schwitzt viel
- friert schnell

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Fragebogen im Rahmen meiner Behandlungsdokumentation erstellt und EDV- gestützt gespeichert wird.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreters

**Von Therapeuten auszufüllen:**

Geburtsgewicht:  g    Geburtsgröße:  cm    Kopfumfang:  cm  
APGAR  /  /     Perzentilen:     Nabel-pH:   
Hüftsonografie U3:     Befund     ohne Befund

Ergebnisse der U- Untersuchungen: