



Aufnahmebogen für Kinder & Jugendliche

Persönliche Daten Ihres Kindes

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon privat:

Telefon mobil:

E-Mail:

Krankenversicherung

Gesetzlich:

Privat:

Zusatzversicherung für Heilpraktiker:

Bitte beachten Sie, dass ich meine erbrachten Leistungen direkt im Anschluss mit Ihnen abrechne. Bitte informieren Sie sich über meine Preise.

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob und bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.

Allgemeine Angaben

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

☐ Freunde ☐ Bekannte ☐ Zeitung ☐ Internet/Homepage ☐ Flyer ☐ Visitenkarten – Sonstiges:

War Ihr Kind schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja,

zuletzt am bei

Ist Ihr Kind momentan bei anderen Therapeuten in Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja

wegen

Warum ist dieses Formular so wichtig?

In meiner Praxis für ganzheitliche Chiropraktik richte ich meinen Focus auf die Gesundheit Ihres Kindes. Funktionelle Beschwerden des Bewegungsapparates können ganz unterschiedliche Ursachen haben und somit die Gesundheit nachhaltig negativ beeinflussen. Ursachen finden sich auf der physischen, biochemischen oder auch emotionalen Ebene. Um mir ein konkretes Bild von der Gesundheit Ihres Kindes machen zu können, bedarf es der Beantwortung nachstehender Fragen.

Schwangerschaft und Geburt

Die wievielte Schwangerschaft

Ihr Kind wurde in der Schwangerschaftswoche geboren.

Die Geburt

Es gab Komplikationen/Besonderheiten während der Schwangerschaft:

Ihr Kind war eine Beckenendlage/Steißlage ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Die Geburt wurde eingeleitet ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Während der Geburt wurde auf den Bauch gedrückt ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Die Geburt war eine Mehrlingsgeburt ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Die Geburt war ein Kaiserschnitt ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Die Geburt war mit Hilfsmitteln (Zange, Saugglocke) ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Ihr Kind hatte Geburtsverletzungen ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Das Säuglingsalter

Ihr Kind wird/wurde gestillt ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Ihr Kind hat/hatte eine Lieblingsseite ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Ihr Kind bewegt beide Arme gleich ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Ihr Kind bewegt beide Beine gleich ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Ihr Kind dreht den Kopf lieber in eine Richtung ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Hier finden Sie Ihr Kind als Säugling wieder:

☐ Stillprobleme ☐ Schlafprobleme ☐ überstreckte Haltung ☐ Kopfschiefhaltung

☐ Unreife Hüftentwicklung ☐ Haarlose Stellen am Kopf ☐ Augenprobleme

☐ Keine Bauchlage ☐ Fußfehlstellung ☐ Schreikind ☐ 3 Monatskoliken ☐ spuckt viel

Klein- und Schulkindalter

Schwierigkeiten beim Robben ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Schwierigkeiten beim Krabbeln ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Schwierigkeiten beim Laufen ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Probleme in Kindergarten/Schule ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

soziale Entwicklungsverzögerungen ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Sprach- und Verständnisverzögerungen ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Konzentrations- und Lernschwierigkeiten ☐ Ja ☐ Nein ☐ weiß nicht

Die Gesundheit Ihres Kindes bis heute

Welche nennenswerten Krankheiten hatte Ihr Kind?

Häufig wiederkehrende Krankheiten und Beschwerden

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? (Tabletten, Tropfen, Sprays)

Welche Krankheiten kommen gehäuft in Ihrer Familie vor?

Ihr Kind hat/hatte (wo und wann?)

Unfälle/Stürze:

Operationen:

Knochenbrüche:

Krebserkrankungen:

Allergien/Unverträglichkeiten:

Schuhseinlagen: ☐ Nein ☐ Ja, links ☐ Ja, rechts

Absatzerhöhung: ☐ Nein ☐ Ja

Zahnspangen/Retainer: ☐ Nein ☐ Ja

Impfungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

Sonstiges:

Aktueller Gesundheitszustand

Mein Kind hat keine Beschwerden und ist aus vorsorglichen Gründen in der Praxis.

Kurze Erläuterung, warum Ihr Kind heute in meiner Praxis ist:

Seit wann hat Ihr Kind dieses Problem?

☐ Tagen ☐ Wochen ☐ Monaten ☐ Jahren ☐ schon immer

Das Problem verschlimmert sich, wenn

Das Problem verbessert sich, wenn

Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (Röntgen, CT, MRT, Orthopädie,)

Frühere Therapien für dieses Problem:

Hier finden Sie Ihr Kind heute wieder:

- ☐ Kopfschmerzen ☐ Augenprobleme ☐ Asthma ☐ Schwindel ☐ Nasenbluten
- ☐ Entzündungen der Nasennebenhöhlen ☐ Verspannungen ☐ Ängste ☐ Albträume
- ☐ Kontaktscheu ☐ Gleichgewichtsstörungen ☐ schwaches Immunsystem
- ☐ Muskelprobleme ☐ Gewichtsprobleme ☐ Zahnprobleme ☐ Häufige Blockaden
- ☐ Veränderte Stuhlgewohnheiten ☐ Sehstörungen ☐ Konzentrationsstörungen
- ☐ Rückenschmerzen ☐ Kieferprobleme ☐ Schleudertrauma ☐ Hautprobleme
- ☐ Schlaflosigkeit

sonstiges:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Praxis für Chiropraktik ▪ Markus Mall ▪ Burgunderstraße 8 ▪ 74235 Erlenbach 01522 – 705 44 88 ▪
info@chiromental.de ▪ www.chiromental.de