

Rhönweg 1, 65462 Ginsheim-Gustavsburg, info@naturheilpraxis-dillenburger.de, www.naturheilpraxis-dillenburger.de
Tel. 06144/4027388, Mobil 01577/6824164

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

viele kleine Auslöser können den gesamten Organismus beeinflussen und damit eine größere Auswirkung nach sich ziehen. Nehmen Sie sich bitte Zeit, den Anamnesebogen (Fragebogen) auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Zahlungsbedingung nach Leistungserbringung

Über durchgeführte Praxisleistungen, incl. eventueller Materialkosten, erhalten Sie eine Rechnung zugeschickt, die dann sofort zur Zahlung fällig ist.

Diese Zahlung ist unabhängig von eventuellen, nachträglichen Teil-oder Vollrückzahlungen durch ihre Private oder ihre Zusatz-Krankenkasse.

In der Naturheilpraxis wird i. d. R. nach der "GebüH" = Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet. Abweichende Kosten oder Festpreise sind nach Absprache möglich.
(Das Gebührenverzeichnis ist nachzulesen unter: <http://www.heilpraktiker.ac/pdf/Gebueh.pdf>)

Kassenpatienten sind Selbstzahlerpatienten, d. h. sie tragen persönlich die Kosten der Behandlungen und aller dazugehörigen Nebenkosten.

Privatpatienten oder Patienten mit privaten Zusatz-Krankenversicherungen können evtl. mit einer Erstattung oder Teilerstattung der Rechnungssumme rechnen. Diese Erstattung ist abhängig von der Gestaltung ihres Versicherungsvertrages. Bitte sprechen Sie bei Unklarheiten Ihre Krankenkasse oder Ihren Versicherungsmakler an.

Zahlungsbedingungen verstanden und akzeptiert:

Ort und Datum

Unterschrift(-en) der/des Zahlungspflichtigen (**Erziehungsberechtigte**)

Persönliches:

Name: _____ Vorname: _____ m/w
(des Kindes) (des Kindes)

Geburtsdatum: _____

PLZ und Wohnort: _____

Strasse und Hausnummer: _____

Zahlungspflichtiger bzw. erziehungsberechtigter Elternteil oder Elternteile:

Name: _____

Email-Adresse: _____

Telefon-Festnetz: _____

Mobil: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfeberechtigt: Ja Nein

Weitere Persönliche Daten des Kindes:

Körpergewicht: _____ Konstant: Ja Nein Körpergröße: _____

Zunahme: _____ Abnahme: _____ seit: _____ um kg:

Blutgruppe: _____ Blutdruck: _____

Kinderarzt: _____ Tel: _____

Facharzt: _____ Tel: _____

Therapeut: _____ Tel: _____

Umgebungsbedingungen:

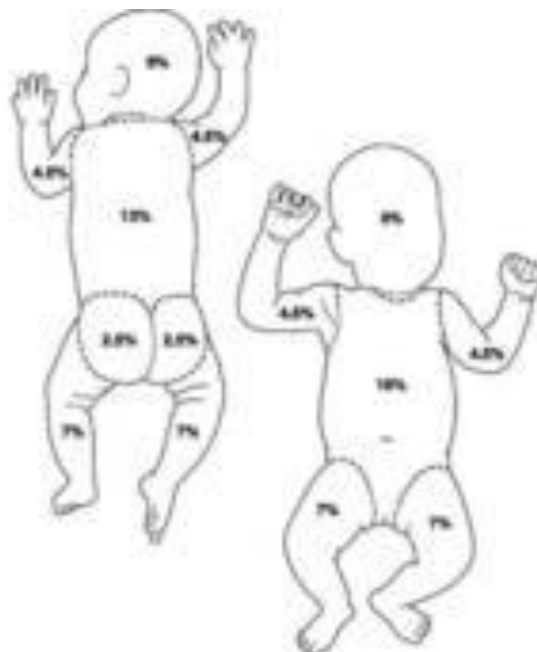
Haben Sie Haustiere? NEIN JA Wenn ja, welche? _____

Schildern Sie hier bitte mit eigenen Worten den heutigen Grund Ihres Besuches:

Welche Beschwerden hat Ihr Kind, seit wann bestehen die Symptome, wodurch gibt es eine Verbesserung oder Verschlechterung? Gibt es eine schulmedizinische Diagnose?

Lokalisation von Schmerzen oder Hauterscheinungen bei Säuglingen und Kleinkindern

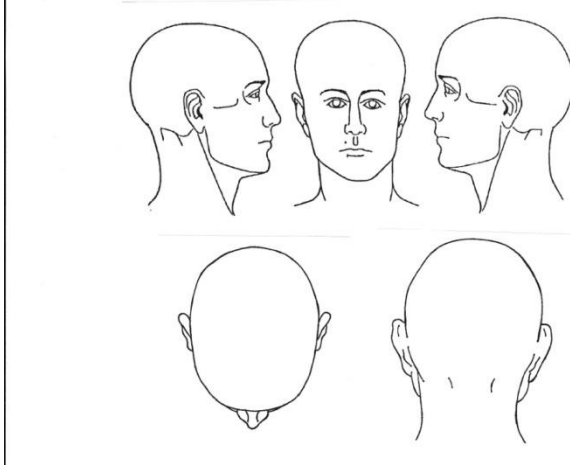
Bitte zeichnen Sie auf der Skizze den Schmerzort oder die Lokalisation der Hauterscheinung ein:



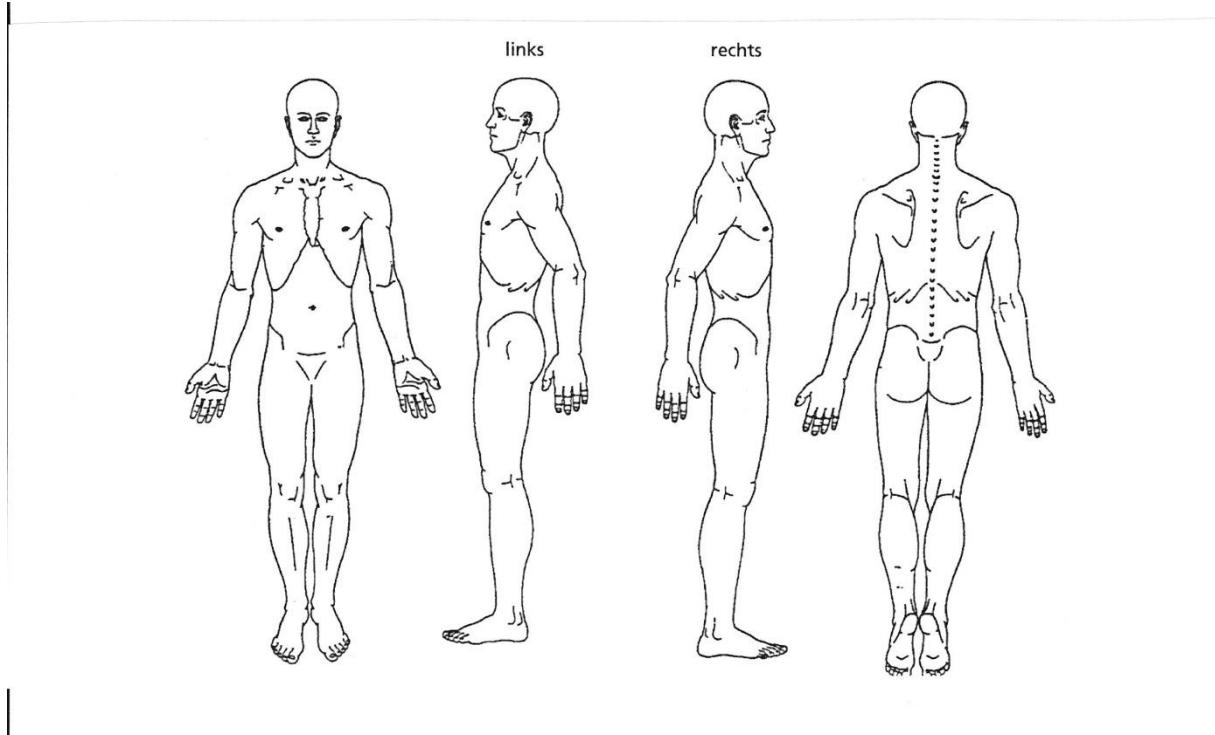
Lokalisation von Schmerzen oder Hauterscheinungen bei größeren Kindern/Pubertierenden

Bitte zeichnen Sie auf folgenden Bildern den Schmerzort, sowie die Richtung der Schmerzausstrahlung oder ggf. den Ort der Hauterscheinungen ein.

Schmerzen am Kopf:



Schmerzen am Körper:



Gibt es evtl. einen Zusammenhang mit dem Auftreten der Beschwerden?

Z. B. Schreck, Impfungen, Erkrankungen, Operationen, Trauma (Unfall, Schock, Schulprobleme, Umzug, etc...)

Erhält Ihr Kind derzeit Medikamente?

Wenn ja, welche?

Erhält Ihr Kind derzeit Nahrungsergänzungsmittel?

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Antibiotika oder Cortison erhalten?

Wann und warum?

Welche anderen Medikamente musste Ihr Kind bereits einnehmen und warum?

Welche Krankheiten sind Ihnen in der Familie bekannt?

Bsp. für erbliche Vorbelastungen:

Allergien, Neurodermitis, Asthma, Migräne, Herzerkrankungen, Gefäßerkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Suchtkrankheiten, chronische Erkrankungen wie zu hoher (zu niedriger) Blutdruck, Diabetes, Krebs, Rheuma, MS, Parkinson, Demenz, Psychische Erkrankungen, Selbstmord.....

Bedenken Sie bitte Vater, Mutter, Großeltern mütterlicherseits, Großeltern väterlicherseits, Geschwister, Onkel, Tanten

Schwangerschaft und Geburt:

- Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel während der Schwangerschaft?
- Medikamente während der Geburt (Narkosen?)
- ungewöhnliche Umstände die die Geburt begleitet haben
- Früh-, Fehl- oder Totgeburt
- Drogen (Alkohol, Nikotin, echte Drogen)
- Entbindung (termingerecht, Spontangeburt, Dauer, Narkosen, PDA, Kindslage, Kaiserschnitt, etc...)

Säuglingsperiode:

Ist Ihr Kind ein Stillkind oder Flaschenkind? Musste Mutter und /oder Kind während der Stillzeit Medikamente einnehmen?

Ist Ihr Kind geimpft?

Bitte eine Kopie des Impfausweises mitbringen, danke.

Gab es Reaktionen nach den Impfungen?

Rötung, Schwellung, Schmerzen, Unruhe, veränderter Schlaf, Hautveränderungen, Magen- Darmprobleme,

Hals, Nase, Ohren, Augen

Gab oder gibt es Entzündungen, Schmerzen, Krankheiten in diesen Bereichen oder sonstige Beschwerden?

Ernährungs- und Trinkgewohnheiten

Bitte notieren Sie einen üblichen Ernährungsplan des Kindes:

Gibt es Vorlieben oder Abneigungen?

Liegen allergische Reaktionen vor?

Magen, Darm, Stuhlgang, Blase-Niere, Harn

Gab oder gibt es Auffälligkeiten in Bezug auf die genannten Organe und Ausscheidungen?

Haut, Haare, Fingernägel?

Liegen hier Auffälligkeiten vor (trocken, schweißig, Jucken, Brennen, Pilze, eingewachsene Nägel, Entzündungen etc.)

Hat Ihr Kind Narben?

Wenn ja, bitte die Entstehung und das Datum dazu notieren.

Schlaf, Schlaflage, Träume

Liegen Schwierigkeiten in diesen Bereichen vor (Einschlafen, Durchschlafen, Unruhe, Nachtschweiß usw.)

Anamnesebogen Haut

Lokalisation = wo ist der Ort der Hauterscheinung:

Wann aufgetreten? Wie lange bestehen die Beschwerden schon?

Gibt es Zeiten der Verbesserung oder Verschlechterung?

Verteilung = wie angeordnet (symmetrisch, asymmetrisch, einseitig, beidseitig, diffus etc....)

Effloreszenzen: wie sieht die Hauterscheinung aus?

Bsp.: Flecke, Knötchen, Knoten, Bläschen mit u. ohne Inhalt, eitergefüllt, flächig ausbreitend, schuppig, krustig, narbig etc.....

**Subjektive Beschwerden wie Jucken, Brennen, Schmerzen, verfettet, ausgetrocknet etc.....
wenn ja, an welchen Stellen besonders?**

Kann die Hauterscheinung mit Etwas/Veränderungen in Verbindung gebracht werden?

Ernährung

Sport

andere Lebensbedingungen

Wasch- u. Reinigungsmittel, auch an dekorative Kosmetik denken

Medikamenteneinnahme

Welche Untersuchungen wurden bislang bereits wegen der Hauterscheinung durchgeführt?

Wurden bisher Medikamente gegen die Hautprobleme verordnet? Wenn ja welche?

Welche weiteren Schritte haben Sie selbst bislang unternommen?