

**Erziehungsberechtigter:**

Name: _____ Geburtstag: _____
 Vorname: _____ Tel. privat: _____
 Straße: _____ Handy.: _____
 PLZ-Ort: _____ Fax: _____
 E-Mail: _____

Kind:

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtstag: _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post
 Privat-Versicherung private Zusatzversicherung

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet Telefonbuch Bereits Patient in der Praxis Empfehlung
 Flyer von: _____ Anders: _____

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an uns? Was ist Ihr Ziel?

Besonderheiten während der Geburt?

Zangengeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Einleitung, Sonstiges.

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung oder einer Behinderung Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind Operationen? Ja Nein

Wenn ja, Eingriff und Jahr bezeichnen _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Sonstiges

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Sonstiges _____

Infekte Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung
Wenn ja, wie häufig? _____

Allergien? Ja Nein
Welche _____

Stuhlgang: täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang wechselhaft usw. _____

Haut: Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Sonstiges

Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben? Ja Nein
Welche? _____

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiße, Zähneknirschen
Schlafzeit von / bis _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?
Falls ja, welche? _____

Körpergröße _____ Körpergewicht _____
Wann konnte Ihr Kind krabbeln _____ laufen _____ sprechen _____
Angaben bitte in Monaten

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Wenn ja welche?

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT, PET, ...) zum nächsten Termin mit.

Hiermit beantrage ich für meinen oben genannten Angehörigen die Untersuchung / Behandlung durch Herrn J. Tschikanzew.
Ich verpflichte mich das Honorar für die Behandlung selbst zu tragen, unabhängig von Ansprüchen Dritter, z.B. Versicherung, Beihilfe usw.
Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, müssen leider in Rechnung gestellt werden.
Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum Unterschrift