

# Erstbehandlungs- Fragebogen

**Nina Seifert Heilpraktikerin**

Feldbrunnenstr. 20, 20148 Hamburg  
Tel 040-41350798, Fax 040-41264397

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen den Fragebogen so genau wie möglich aus, auch wenn Ihnen die eine oder andere Frage unwichtig für Ihr Anliegen erscheint - es hilft, die Behandlung genau auf Ihr Kind abzustimmen. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name	Geburtstag
Vorname	Blutgruppe
Straße	Gewicht
PLZ, Ort	Körpergröße
Schuljahr	Privat-/Zusatzversicherung f. Heilpraktikerkosten (welche):
Tel tagsüber:	
Tel abends:	Beihilfe: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
E-mail	

Name, Geburtsdatum von

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Geschwistern: \_\_\_\_\_

**Bei den Beispielen können Sie unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.**

**Was führt Sie mit Ihrem Kind zu mir?**

Wann sind die Beschwerden das erste Mal aufgetreten?

Was war unmittelbar (einige Tage bis wenige Wochen) vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?  
(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Veränderungen, Hautausschläge, Medikamente, Impfung)

Was war im letzten Jahr vor dem ersten Auftreten?(Wann etwa?)  
(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Veränderungen im Familienleben, Kindergarten /Schule, Hautausschläge, Medikamente, Impfung)

Gibt es Befunde /Untersuchungen/ Röntgenaufnahmen/ bisherige oder parallele Behandlungen dieser Beschwerden?  
Welche?

Was verbessert die Beschwerden?

Was verschlechtert/ löst aus?

**Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zurzeit/ regelmäßig ein? Dosierung?** Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben!

### **Essgewohnheiten / Ernährung**

**Verlangen** nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

**Abneigungen:** gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

Essen Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Wie?

Wieviel Liter und trinkt es pro Tag? Was?

### **Schlaf**

Schlafzeit, übliches zu Bett gehen:

übliches Aufstehen:

Leidet Ihr Kind unter Schlaflosigkeit, häufigem Erwachen (Uhrzeit .....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Zähneknirschen, etc.?

**Sind Allergien bekannt?**

**Welche Impfungen** hat es bekommen? Bitte Kopie vom Impfausweis beifügen!

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

**Welche Infektionskrankheiten / Kinderkrankheiten hat es durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tuberkulose, andere:

**Infekt:** Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung?

Wenn ja, wie häufig/ Wann

**Gab es Antibiotikabehandlungen?** Wenn ja, wie häufig? Wann? Was?

**Weitere Beschwerden, Symptome, Verletzungen: (wann, wo, wie häufig) z.B.**

Kopfschmerzen

Augen

**Ohren** links / rechts .....

Zähne/ Kiefer

Zahnfüllmaterialien:

**Nase**

Mandeln

Herz

Lunge, Atemwege

Leber, Galle

Magen, Darm

Stuhlgang, (wie):

Haut/Nägel

Niere/Blase

**Sonstiges:**

**Fragen zur Entwicklung**

**Wann konnte Ihr Kind krabbeln..... laufen ..... sprechen..... . war es trocken .....**

Angaben bitte in Monaten

## **Schwangerschaft / Geburt**

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Wann und Welche?

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente eingenommen oder Zahnbehandlungen gehabt?

Wie war die Geburt? Gab es Besonderheiten davor, während oder danach?

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister:

## **Seelisch - geistige Entwicklung**

War Ihr Kind im Kindergarten:

Wann ist Ihr Kind eingeschult worden:

Jetziges Schuljahr, welche Klasse:

Gab/ gibt es Probleme in der Schule, welcher Art?

Welche Hobbys hat Ihr Kind:

Wie sind die sozialen Kontakte: (z.B. gut eingebunden, eher allein....)

## **Emotionale Belastungen**

Gab gibt es Belastende Ereignisse in der Familie / näheres Umfeld? (z.B. Umzug, Arbeitslosigkeit, Trennungen, Tod, Schulwechsel, Geburt von Geschwistern...)

## **Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Operationen, die Ihr Kind durchgemacht hat mit Zeitangabe (soweit wie möglich)

---

**Geschäftsbedingungen** Bitte sorgfältig durchlesen, um eventuellen Missverständnissen vorzubeugen.

### **1. Bezahlung**

Das abgesprochene Honorar ist sofort nach jeder Behandlung in bar fällig, sofern nichts anders vereinbart wurde:  
Bei Rechnungsstellung: spätestens zu dem auf der Rechnung angegebenen Termin - unabhängig von einer eventuellen Erstattung durch private Krankenversicherungen. Ebenso ist das Honorar in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten, auch wenn Ihre Versicherung nur einen Teil übernimmt.

### **2. Terminvereinbarungen / Absagen**

Da ich eine Terminpraxis führe und meinen Patient/Innen lange Wartezeiten ersparen möchte, bitte ich Sie, die vereinbarten Termine **unbedingt einzuhalten**. Falls Sie einen vereinbarten Termin dennoch einmal nicht einhalten können, benachrichtigen Sie mich bitte so bald wie möglich, **spätestens** jedoch **24** Stunden vorher **telefonisch\*** (bei Montagsterminen entsprechend am Freitag). Andernfalls wird eine **Ausfallgebühr** entsprechend der für Sie reservierten Zeit in Rechnung gestellt. Diese Gebühr wird nicht von der Versicherung übernommen. Bitte haben Sie Verständnis, das diese Regelung **unabhängig** vom Grund der Absage gilt.

\*Terminabsagen bitte ausschließlich telefonisch (mein Anrufbeantworter zeichnet ggf. ihre Nachricht zuverlässig auf und wird von mir regelmäßig abgehört).

### **Erklärung der Patientin / des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten:**

Die AGB's habe ich gelesen. Mit meiner Unterschrift und einer Terminvereinbarung erkenne ich Sie als für mich verbindlich an.

---

Ort, Datum, Unterschrift