

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 1 von 7

Name / Vorname des Kindes

Geburtsdatum (XX.XX.XXXX)

Name / Vorname des Erziehungsberechtigten

Straße / Haus-Nr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Krankenversicherung

Zusatzversicherung für Heilpraktikerleistungen

Ja

Nein

Behandelnder Kinderarzt

Gewicht des Kindes (g)

bei Geburt

aktuell

Größe des Kindes (cm)

bei Geburt

aktuell

Konsultationsgrund / Anliegen:

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 2 von 7

Schwangerschaft:

Spontane Schwangerschaft	Ja	Nein
Künstliche Befruchtung	Ja	Nein
Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Medikamente während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Unfall während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Stress während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Vorzeitige Wehen	Ja	Nein

Anzahl bisheriger Geburten

Geburt:

Dauer der Geburt

0 – 3 Std.

4 – 6 Std.

7 – 11 Std.

12 – 18 Std.

länger

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 3 von 7

Komplikationen

Kaiserschnitt	Ja	Nein
geplant		
Notfall		
Saugglocke	Ja	Nein
Zange	Ja	Nein
Manuelle Hilfen (Arzt / Hebamme / Kristeller Handgriff)	Ja	Nein

APGAR

/ /

pH-Wert

Base Excess

Kindslage

Schädellage

Nabelschnurumwicklung

Gesichtslage

Beckenendlage

Querlage

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 4 von 7

War die Geburt zum errechneten Termin?	Ja	Nein
zu früh		
zu spät		
Wurde die Geburt eingeleitet?	Ja	Nein
Musste das Kind länger als gewöhnlich im Krankenhaus bleiben?	Ja	Nein
Wenn ja, warum?		
Wurde oder wird gestillt?	Ja	Nein
Gab oder gibt es Stillprobleme?	Ja	Nein
Wenn ja, welche?		

Die ersten Monate:

Häufiges Spucken / Erbrechen	Ja	Nein
Drei-Monats-Koliken	Ja	Nein
Blähungen / Verstopfungen	Ja	Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 5 von 7

Unklares Weinen	Ja	Nein
Einschlaf- / Durchschlafstörungen	Ja	Nein
Angeborene Erkrankungen Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Unfall / OP Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Kinderkrankheiten Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Mittelohrentzündung	Ja	Nein
Atemwegserkrankungen Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Blasen- / Nierenerkrankung Wenn ja, welche?	Ja	Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 6 von 7

Allergien Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Fieberkrämpfe	Ja	Nein
Impfungen Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Reaktionen auf Impfungen	Ja	Nein
Medikamente Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Familiäre Vorbelastung / Erkrankungen / Allergien Wenn ja, welche?	Ja	Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 7 von 7

Die ersten Monate:

Drehen vom Rücken auf den Bauch	ca. ab Lebensmonat
Robben	ca. ab Lebensmonat
Krabbeln	ca. ab Lebensmonat
Sitzen	ca. ab Lebensmonat
Stehen	ca. ab Lebensmonat
Laufen	ca. ab Lebensmonat

Sonstiges:

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

Blatt 8 von 8

Name / Vorname des Erziehungsberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überwiesenen Arzt und die Krankenkasse weitergegeben oder vermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein

Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt und die Behandlung damit nicht erfolgen kann.

- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Osteopathie Frauke Hallerdei
Am Markt 10, 55494 Rheinböllen

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Ich habe die „Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten