

Anamnesebogen

Patient: geb. am:.....
Adresse:
Telefon/Handy:
Versicherung:
Kita/Schule/Arbeitgeber des Patienten:.....

Versichert durch Mutter/Vater:

Leidet das Kind an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes	<input type="radio"/>	Bluthochdruck	<input type="radio"/>
Schilddrüse	<input type="radio"/>	Krampfanfälle	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	Herzerkrankung	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	Verdauungsbeschw.	<input type="radio"/>
Chronischer Bronchitis	<input type="radio"/>	Chronische Otitis	<input type="radio"/>
Chronischer Racheninfekte			<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	Fehlbildungen	<input type="radio"/>
Neurodermitis	<input type="radio"/>	andere Hauterkrankungen	<input type="radio"/>
Heuschnupfen	<input type="radio"/>		

Gibt es in der Familie eine der oben genannten Erkrankungen?

Wenn ja, wer und welche?

.....
.....

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente?

Ja Nein welche.....

Leidet das Kind an Medikamentenunverträglichkeit?

Ja Nein welche.....

Leidet das Kind an Allergien?

Ja Nein welche.....

Hat Ihr Kind öfters Bauchschmerzen ja nein

Kopfschmerzen ja nein

Schnarcht Ihr Kind nachts? Ja nein

Welche Operationen hatte Ihr Kind bereits?.....

.....

Unfälle

Gibt es Impfungen in die Sie nicht einwilligen?

.....

Wir behandeln in unserer Praxis schulmedizinisch und alternativ, unsere Arbeit unterstützen wir mit der bioenergetischen Testung. Dürfen wir Ihnen dies im Rahmen der Sprechstunde für Ihr Kind kostenfrei anbieten?

Ich bin im Allgemeinen damit einverstanden () Ich lehne alternative Behandlung ab ()

Datum.....

Unterschrift.....