

## Kinder - Fragebogen

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Beruf	_____
PLZ – Ort	_____	E-Mail	_____
Name des Hauptversicherten	_____	Geb.-Datum des Hauptversicherten	_____
Wer hat mich empfohlen?	_____		

Versicherung:   0 Gesetzlich (AOK, DAK usw.)           0 Beihilfe/Post           0 Privat-Versicherung

### Anleitung

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

Bitte drucken Sie sich den Fragebogen aus und bringen ihn ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mit.

Aus Datenschutzgründen bitte nicht per E-Mail versenden!

**Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an mich? Was ist Ihr Ziel?**

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?**

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?** (Benutzen Sie bitte auch die Rückseite)

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

**Welche Impfungen hat ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

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

**Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.

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

**Gibt es Allergien?** Nahrungsmittel.....  
Pollen oder andere .....

**Stuhlgang** täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....  
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend,  
hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang wechselhaft usw.  
**Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest**

**Haut** Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

**Narben** Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben? 0 Ja 0 Nein

**Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen  
im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen

**Schlafzeit** von / bis .....

**Ernährung** **Verlangen** nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst  
**Abneigungen** gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst, Milch

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?** Falls ja, welche? .....

**Körpergröße** ..... **Körpergewicht** .....

**Wann konnte Ihr Kind – krabbeln ..... sitzen ..... laufen ..... sprechen .....**  
**Wann war es trocken ..... Wann hatte es den ersten Zahn .....** (Angaben bitte in Monaten)

**Wurde Ihr Kind gestillt?** 0 Ja 0 Nein Wenn ja, wie lange ..... (Angabe bitte in Monaten)

**Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Haben Sie Nahrungsergänzungsmittel  
mittel oder Medikamente eingenommen?**

**Gab es Besonderheiten während der Geburt und der Stillzeit?**

## Einverständniserklärung für Behandlungen in der Naturheilpraxis Ute Schröder

---

---

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon: .....

Straße: ..... Hausnummer: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Hausarzt: .....

Krankenversicherung/Hauptversicherter (privat, Beihilfe, gesetzlich): .....

.....

Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Heilpraktiker.

Mir ist bekannt, dass Heilpraktikerleistungen nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind.

Ferner ist mir bekannt, dass unter Umständen nicht alle Leistungen bei privaten Versicherungen oder Beihilfestellen in voller Höhe erstattet werden. In diesem Falle komme ich eigenständig für die Kosten der Behandlung auf.

Nicht wahrnehmbare Termine müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Geschieht dies nicht rechtzeitig, wird der Termin in Rechnung gestellt.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

### **Einverständniserklärung Abrechnungsstelle:**

Um mich vom Verwaltungsaufwand zu entlasten, habe ich die Abrechnungsstelle **“Soliprax e.K.”** mit der Rechnungsabwicklung beauftragt. Hierfür werden die erforderlichen Daten übermittelt und nur zum Zweck der Abwicklung verwendet. Ihnen entstehen keinerlei zusätzlichen Kosten.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....