

# Anamnese – Fragebogen Kinder & Jugendliche



Diese Informationen werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der aktuellen Behandlung.

## Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen!

### Mutter:

### Vater:

Name: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Geburts-Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Straße & Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Privat): \_\_\_\_\_

Telefon (Mobil): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Daten des Kindes / Jugendlichen:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburts-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon (Mobil): \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

### Versicherung:

- Gesetzliche Krankenversicherung (AOK / DAK / BKK / etc.)
- Private Kranken-Zusatz-Versicherung für Heilpraktiker (Allianz / DKV / HUK-Coburg / etc.)
  
- Private Krankenversicherung (Allianz / Axa / DKV / Debeka / HUK-Coburg / etc.)
- Beihilfe für Beamte / Soldaten / Berufsrichter
- Wir bezahlen Privat

**Bei der Schwangerschaft / Geburt gab es folgende Besonderheiten:**

---

---

**Die letzte Generaluntersuchung des Kindes / des Jugendlichen bei unserem Haus-/Kinderarzt**

**war am \_\_\_\_\_ und hat**

- absolute organische Gesundheit ergeben.
- folgende Befunde ergeben:

---

---

**Ich bin \_\_\_\_\_ cm groß und wiege aktuell \_\_\_\_\_ kg.**

**Wir / Ich haben folgendes aktuelles Anliegen:**

---

---

---

---

---

---

**Ich nehme folgende Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein:**

wie häufig pro Tag / Woche / Monat / bei Bedarf

---

---

**Ich habe folgende Allergien / Unverträglichkeiten:**

Tiere / Pflanzen / Lebensmittel / Medikamente / etc.

---

---

**Ich hatte folgende Krankheiten / Krankenhausaufenthalte / Operationen:**

---

Jahr \_\_\_\_\_

---

Jahr \_\_\_\_\_

---

Jahr \_\_\_\_\_

---

Jahr \_\_\_\_\_

**In unserer Familie gab es folgende Krankheiten:**

Zutreffendes bitte unterstreichen

Asthma / Allergien / Neurodermitis / Schuppenflechte / Rheuma / Gicht / Migräne / Epilepsie / Ängste / Phobien / Zwangserkrankungen / Depressionen / Manien / Schizophrenie / Persönlichkeitsstörungen / Burn Out / ADHS / ADS / Geistige Behinderungen / Suchterkrankungen (Alkohol-Drogen-Medikamente) / Gefäßkrankheiten / Thrombosen / Herzkrankheiten / Schlaganfall / Multiple Sklerose / Parkinson / Krebs / Essstörungen

**Angaben zu meiner Person & Gesundheit des Kindes / des Jugendlichen:**

<b>Thema</b>	<b>Ja</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Nein</b>
<i>Ich war schon einmal bei einem Heilpraktiker</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich bin schon einmal homöopathisch behandelt worden</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich bin schon einmal mit Akupunktur behandelt worden</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich kenne Entspannungsverfahren wie z.B.: Autogenes Training / Muskelentspannung nach Jacobsen</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich hatte schon mal eine Hypnosesitzung</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich hatte schon mal eine Psychotherapie</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
<i>Ich hatte / habe Probleme in der Schule</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich spiele / treffe mich mit Freunden</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich spiele / sitze am Computer</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich gucke Fernsehen / Netflix / Amazon Prime</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich rauche: wenig / moderat / viel</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich trinke regelmäßig Alkohol</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich nehme Drogen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich hatte Kontakt zu Umweltgiften (Asbest, etc.)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich nehme regelmäßig Kopfschmerztabletten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich nehme regelmäßig Schmerztabletten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich nehme regelmäßig Beruhigungstabletten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich nehme regelmäßig Abführmittel</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Ein- / Durchschlafproblemen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Thema</b>	<b>Ja</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Nein</b>
<i>Ich muss nachts häufiger als 1x Wasser lassen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Schwindel / Ohnmachtsgefühle</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich habe Angst</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Atemnot</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Herzrasen / Herzstolpern</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Ohrengeräuschen / Tinnitus</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Übelkeit / Erbrechen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Hände zittern</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Kopfschmerzen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Rückenschmerzen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Bauchschmerzen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Verstopfung / Durchfall</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Appetitlosigkeit</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich habe in letzter Zeit an Gewicht verloren</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich habe in letzter Zeit an Gewicht zugenommen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Gelenkschmerzen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Krämpfen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Husten / Asthma</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Hautausschlägen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich leide unter Juckreiz</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich bin häufig verstimmt / launisch</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich ärgere mich schon über "Kleinigkeiten"</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich bin allgemein eher ängstlich</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich bin pessimistisch / niedergeschlagen / depressiv</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Thema</b>	<b>Ja</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Nein</b>
<i>Ich habe schon einmal an Suizid gedacht</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Ich habe schon einen Suizidversuch hinter mir</i>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

**Hinweise zur Behandlung in meiner Praxis:**

Ich führe eine Bestellpraxis ohne Wartezeiten. Aus diesem Grund kann Ihnen erst zum vereinbarten Behandlungstermin Einlass gewährt werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Für Sie erstellte Audioaufnahmen aus den Hypnosebehandlungen sind urheberrechtlich geschützt. Sie sind nur für Ihren persönlichen privaten Gebrauch bestimmt und dürfen nicht vervielfältigt oder an andere Personen weitergegeben werden, denn die Hypnosebehandlung ist auf Ihre Grundsituation und individuellen Bedürfnisse abgestimmt. Hören Sie diese Aufnahmen niemals bei der Autofahrt oder Arbeit, sondern ausschließlich, wenn Sie sich in einer Ruheposition (sitzend oder liegend) befinden. Die Behandlungen in meiner Praxis erfolgen auf eigene Verantwortung.

**Datenschutz:**

Gem. DSGVO (vom 25. Mai 2018) weise ich Sie darauf hin, dass personenbezogene Daten in meiner Praxis erhoben und verarbeitet werden. Dies geschieht ausschließlich zum Zweck der aktuellen Behandlung und zur Rechnungsstellung. Ich gebe Ihre Daten nicht an Dritte weiter, sie werden ausnahmslos in meiner Praxis aufgehoben. Sie können jederzeit Einblick über den Umfang der erhobenen Daten erhalten.

**Hinweis bei aktueller Medikation:**

Die von Ihrem Arzt verordnete aktuelle Medikation hat in der Regel seine Berechtigung. Sollten Sie beabsichtigen die aktuelle Medikation herabzusetzen oder ganz abzusetzen, geschieht dies immer in Ihrer persönlichen Verantwortung und muss mit dem behandelnden Arzt abgestimmt werden!

**Hinweise zur Kostenerstattung durch Versicherungen:**

Sofern Sie die Behandlungskosten bei Ihrer privaten Krankenversicherung oder Ihrer privaten Kranken-Zusatz-Versicherung zur Erstattung einreichen wollen, empfiehlt es sich, im Vorwege zu klären, ob Ihr Tarif die Leistungen der Gebührenordnung für Heilpraktiker beinhaltet. Ich rechne als Heilpraktikerin für Psychotherapie insbesondere Leistungen unter dem Gebührenpunkt 19 ff. ab.

**Vereinbarung über Behandlungsdauer und Vergütung:**

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich für eine Behandlungsstunde, mit einer Dauer von 60 Minuten, eine Privatrechnung erhalte. Diese Behandlungskosten habe ich direkt im Anschluss an die Behandlung in bar oder mit EC-/Maestro-Karte zu begleichen.

Wenn es mir nicht möglich sein sollte, einen vereinbarten Behandlungstermin wahr zu nehmen, kann ich diesen kostenlos bis mindestens 24 Stunden vorher absagen.

Mir ist bekannt, dass ich nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine voll in Rechnung gestellt bekomme. Die mir übersandte Rechnung werde ich sofort nach Erhalt der Rechnung ohne Abzüge überweisen.

Ich bin darüber informiert worden, dass die vorgenannte Regelung zur Vergütung unabhängig von einer eventuellen Kostenerstattung meiner Krankenversicherung Gültigkeit hat.

Ich habe den Anamnese - Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß beantwortet und die Vereinbarungen und Hinweise aufmerksam gelesen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum (Jugendliche/r)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum (Mutter)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum (Vater)