

Liebe Eltern,

Im Witthausfeld 30 | 32602 Vlotho
Fon 0 57 33 - 87 84 98 | Fax 0 57 33 - 87 84 99
info@praxis-dr-schaeffler.com | www.praxis-dr-schaeffler.com

um meine Arbeit zu erleichtern und um sicher zu gehen, dass Sie wirklich an alles gedacht haben, was Sie mir über den Gesundheitszustand Ihres Kindes sagen möchten, erhalten Sie vorab folgenden Anamnese-Fragebogen.

Ich bitte Sie, diesen sorgfältig und in Ruhe auszufüllen, nur so können Sie an alle wichtigen und scheinbar unwichtigen Details denken. Setzen Sie sich aber bitte nicht unter Druck. Sie können das PDF-Formular direkt am PC so weit ausfüllen, wie es Ihnen möglich und angenehm ist und schicken es, mithilfe des Sende-Buttons am Ende des Formular, an meine E-Mail Adresse. Den Rest können wir in unserem ersten Gespräch klären. Meist kommen beim Ausfüllen des Anamnese-Fragebogens auch Ihrerseits Fragen auf. Notieren Sie sich diese (am Ende des Formulars ist Platz für Ihre Notizen), dann kann ich sie in unserem Erstgespräch mit beantworten. Alle Angaben werden natürlich gemäß der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname Kind: _____ Datum _____

Name, Vorname Mutter: _____

Name, Vorname Vater: _____

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Was ist Ihr wichtigstes Anliegen im Bezug auf Ihren Besuch in meiner Praxis?

An welchen Krankheiten leidet Ihr Kind? Seit wann, wie oft, wie lange, bei welchen Gelegenheiten?
Hauptbeschwerde:

Nebenbeschwerden:

An was sind Sie (die Eltern) und andere Verwandte erkrankt und evtl. verstorben, in welchem Alter und Jahr?

Mutter: _____

Vater: _____

Großmutter (mütterlicherseits): _____

Großvater (mütterlicherseits): _____

Großmutter (väterlicherseits): _____

Großvater (väterlicherseits): _____

Bruder: _____

Schwester: _____

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? Als wievielte(r) ist es geboren?

Gibt es Früh-/Fehl- oder Totgeburten in Ihrer Familie?

Wie war die Schwangerschaft? Gab es Besonderheiten (bei Mutter oder Kind)?

Wie war die Geburt?

Wurde Ihr Kind gestillt? Wie lange?

Welche Kinderkrankheiten hat es bisher durchgemacht?

Welche Operationen wurden bei Ihrem Kind durchgeführt und wann?

z. B. Blinddarm, Leiste, Hoden, Mandeln, Galle, Magen, Unterleib, Auge, Ohr, Finger, Zehen, Geschlechtsorgane, Muttermale (wenn ja, wo und wann?), Warzen (wenn ja, wo und wann?), Sonstige

Hatte Ihr Kind Unfälle?

z. B. Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Verletzungen der Halswirbelsäule, Schleudertrauma, Verbrennungen, Vergiftungen

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher mit Ihrem Kind aufgesucht?

Welche Untersuchungen wurden hierbei durchgeführt, wann und mit welchem Ergebnis?

Röntgen: _____

CT: _____

MRT: _____

Labor: _____

Abklärung einer Fruchtzucker-/Milchzucker-/Gluten-/Nahrungsmittelunverträglichkeit

EEG/EKG: _____

Magen-/Darmspiegelung: _____

Welche Behandlungen hat Ihr Kind bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?
Wenn möglich kurz erläutern, was durchgeführt bzw. untersucht wurde, um Doppelungen zu vermeiden.

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein und seit wann? Sehr wichtig! Bitte genau!

Wie würden Sie Ihr Kind einschätzen?
Antriebslos/traurig/unruhig/ängstlich/depressiv/schnell wütend/weinerlich

Leidet es unter Konzentrationsproblemen/Unruhe?

Wie ist das Selbstwertgefühl?

Hat es Ängste?
z. B. Höhenangst, Gewitter, Dunkelheit, Tiere, Enge, Fahrstuhl, Flugzeug, Einbrecher, fremde Menschen, Zukunft

Gibt es Tiere, die Ihr Kind besonders mag/nicht mag?

Kann es gut allein sein/sich alleine beschäftigen?

Was hat es für Interessen/Hobbys?

Macht es regelmäßig Sport? Welche Sportart übt es aus? Geht es Ihrem Kind nach dem Sport besser oder schlechter?

Gibt es belastende Probleme?

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind pro Nacht?

Wann geht es zu Bett?

Macht es Mittagsschlaf? Wie lange?

Wie ist der Schlaf? (0=sehr schlecht bis 10=sehr gut)

Träumt es?

Wie oft wacht Ihr Kind nachts auf und wann? Kann es schnell wieder einschlafen?

Hat es Nachtschweiß/nächtliche Hitze?

Schnarcht es?

Ist es nach ausgiebigem Schlaf erholt und gut gelaunt?

Wie reagiert es auf Wärme, Sonne, Trockenheit, Sommer?

Wie reagiert es auf Kälte, Nässe, Winter?

Gibt es eine Jahreszeit, in denen die Beschwerden verstärkt sind?

Gibt es eine Tageszeit, in denen die Beschwerden verstärkt sind?

Welche Impfungen hat Ihr Kind erhalten und wann? Bitte Impfausweis mitbringen, falls vorhanden.

Wie oft im Jahr ist es erkältet? Mit/ohne Fieber?

Wie oft hat es Stuhlgang? ___ Mal täglich, ___ Mal wöchentlich.
 Welche Konsistenz hat der Stuhl? Wässrig-breiig-geformt-wechselhaft

Welche Farbe und welchen Geruch hat der Stuhl?

Wie viel und was genau trinkt Ihr Kind täglich? Bitte genau!

Was konsumiert es? Bitte genau!

Wie viel?

Wie oft?

Zucker

Milchprodukte

Weißmehlprodukte

Eier

Nüsse

Süßigkeiten

Kuchen

Was isst es ...

... zum Frühstück?

Wann?

... zum Mittagessen?

Wann?

... zum Abendessen:

Wann?

Auf welche Lebensmittel/Getränke kann es schwer verzichten?

Sind Sie bereit, die Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verb

Raum für Ihre Notizen/Fragen

Bitte denken Sie daran, diesen Anamnese-Fragebogen bei unserem Erstgespräch mitzubringen. Außerdem bitte ich Sie, alle Ihnen vorliegenden Krankenberichte und Laborwerte mitzubringen. Falls Ihnen diese nicht vorliegen, wäre es schön, wenn Sie diese besorgen könnten. Wenn möglich wäre eine Auflistung der bisher eingenommenen Medikamente/Ho-möopathika und Nahrungsergänzungsmittel sehr hilfreich.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit für Ihre Gesundheit!

Ich freue mich auf unsere Zusammenarbeit, denn nur so können Sie gesund werden und bleiben!



Im Witthausfeld 30 | 32602 Vlotho
Fon 0 57 33 - 87 84 98 | Fax 0 57 33 - 87 84 99
info@praxis-dr-schaeffler.com | www.praxis-dr-schaeffler.com

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Anmeldung möchte ich Sie bitten, die folgenden Zeilen auszufüllen und die Vereinbarungen gründlich durchzulesen und zu unterzeichnen.

Bitte die zutreffenden Punkte ankreuzen. ☒

Anmeldung -Privat

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel: _____ Fax: _____ Mobil: _____

Email-Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfe: ja/nein

Beruf: _____

Hausarzt: _____ Medikamente: _____

Vereinbarung

In meiner Praxis werden Termine nur nach Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine auch ausschließlich nur für Sie reserviert.

Deshalb bitte ich Sie, bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Ich möchte Sie hiermit höflichst darauf hinweisen, dass einige meiner Diagnostik- und Behandlungsmethoden von der Schulmedizin bisher noch nicht „wissenschaftlich“ anerkannt und daher auch nicht Bestandteil der ärztlichen Gebührenordnung sind und deshalb z.T. analog bewertet und abgerechnet werden müssen. Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert, die über das „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Dennoch erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle. Wegen des hohen Zeitaufwandes in der ganzheitlichen Medizin werde ich teilweise den 3,5-fachen Gebührensatz berechnen müssen.

Bitte beachten Sie, dass der erstattungsfähige Satz in der Regel nur der 2,3-fache ist.

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Vereinbarung zur Erstellung eines Lichtbildes zum Einpflegen in die Patientenakte

☐ Da ich ein sehr visueller Mensch bin und bei mir die chinesische Gesichtsdia­gnose als zusätzliches ganzheitliches diagnostisches Verfahren eine Rolle spielt, würde ich gerne ein Foto Ihres Gesichts machen, das natürlich vertraulich behandelt wird und nur zum Einpflegen in Ihre Patientenakte dient.

Ich würde mich sehr freuen und Sie würden meine Arbeit dadurch sehr erleichtern, wenn dies möglich wäre!

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Vereinbarung Kontakt per E-Mail & WhatsApp

☐ Hiermit erlaube ich der Praxis Dr. Miriam Schäffler, mit mir per E-Mail/per WhatsApp zu kommunizieren, auch wenn dies keine gesicherten Verbindungen sind.

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

Einverständniserklärung Privatliquidation per E-Mail

☐ Hiermit erklären Sie sich mit der Zusendung Ihrer Privatrechnung an unten aufgeführte E-Mail-Adresse einverstanden.

Datum _____

Unterschrift _____

Patient(in)

Dr .M. Schäffler

Chronologischer Verlauf von Lebensereignissen und Erkrankungen



**Im Witthausfeld 30
32602 Vlotho**

Fon 0 57 33 - 87 84 98

Fax 0 57 33 - 87 84 99

info@praxis-dr-schaeffler.com
www.praxis-dr-schaeffler.com

**EREIGNISSE
IM LEBEN**

GEBURT



**KRANK-
HEITEN**