

Allgemeine Patienten Informationen

Männlich Weiblich

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ Haus-#: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Kinderarzt: _____ Ort: _____

Überwiesen von: Ja Nein

Krankenkasse: _____ AHV-#: _____

Welches Modell haben sie bei der Krankenkasse?

Freie Arztwahl Hausarztmodell Tel-med HMO-Modell

Eltern:

Vorname: _____ Nachname: _____

Handy: _____ Email: _____

Wer hat Sie an uns verwiesen? _____

Nur im Falle eines Unfalls ausfüllen:

Kurzbeschreibung des Unfalls: _____

Wie können wir Ihrem Baby helfen?

Bitte notieren Sie den Grund/die Gründe, weshalb Sie „Loser Gaard Chiropraktik“ aufsuchen und seit wann diese(s) Problem(e) bestehen.

Was?	Seit wann?
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Es ist wichtig, dass wir uns vor Beginn der Behandlung ein Bild des Gesundheitszustandes Ihres Babys machen können.

Beantworten Sie daher bitte folgende Fragen:

1) Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? Wenn ja, bitte erklären.

2) In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Baby geboren?

3) Was alles trifft über die Geburt Ihres Babys zu?

Spontangeburt	Geburt eingeleitet	Geplanter Kaiserschnitt	Notfall Kaiserschnitt
Saugglocke	Zangengeburt	PDA	Andere Medikamente

4) Wurden beim Kinderarzt angeborene Besonderheiten entdeckt? Wenn ja, bitte erklären.

5) Gab es Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen? Wenn ja, bitte erklären.

6) Wurde/wird Ihr Baby geimpft? Ja, nach Schweizer Impfplan Ja, individueller Impfplan Nein

7) Wurde ein Ultraschall der Hüftgelenke durchgeführt?
Ja Nein Wenn ja, gab es Auffälligkeiten? _____

8) Gibt es Beschwerden/Störungen mit einem oder mehreren der folgenden Zustände?
Öfters Ohrentzündungen Koliken Halskehre Kopfasymmetrie Reflux

9) Sind Ihnen oder dem Kinderarzt eine oder mehrere der folgenden Bewegungseinschränkungen aufgefallen?
Kopfbewegung Beinrotation beim Krabbeln Armbeweglichkeit Andere: _____

10) Wie viele Stunden weint Ihr Baby täglich aus unerklärlichen Gründen?

Weniger als 1 Stunde

1-3 Stunden

3-5 Stunden

mehr als 5 Stunden

11) Wie ernähren Sie Ihr Baby? Bitte erklären.

12) Weint Ihr Baby während oder nach dem Stillen/Essen?

Ja

Nein

Wenn ja, wie lange nach dem Stillen/Essen? Ca. _____ Minuten nachher

13) Gibt es Probleme beim Stillen? Bitte erklären.

14) Hat Ihr Baby bekannte gesundheitliche Probleme?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

15) Hatte Ihr Baby Unfälle?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

16) Hatte Ihr Baby Operationen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

17) Hat Ihr Baby bekannte Allergien?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

18) Bekommt Ihr Baby zurzeit Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____

Lebensgewohnheiten

Schlaf: _____ Stunden durch den Tag

schläft nachts durch

wacht nachts alle _____ Stunde(n) auf

keinen festen Rhythmus nachts

Ihr Baby schläft auf...

Rücken

Seite

Bauch

Aktivität: Ihr Baby kann...

Kopf heben

Sitzen

Krabbeln

Laufen

Rennen

Wir nehmen an, dass Sie sich für die Betreuung Ihres Babys bei „Loser Gaard Chiropraktik“ aus spezifischen Gründen entschieden haben und dadurch ein gesundheitliches Ziel verfolgen.

Um Verwirrungen oder Enttäuschungen zu vermeiden, ist es für uns von höchster Bedeutung zu wissen, welche Ziele sie sich für Ihr Baby erhoffen, damit wir gemeinsam daraufhin arbeiten können.

Nur wenn wir Ihre Ziele kennen, können wir Sie informieren und beraten ob und wie wir diese erreichen.

Was sind also die Ziele, die Sie für Ihr Baby durch gezielte Gonstead Chiropraktik bei uns erreichen möchten?

1. _____
2. _____
3. _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an: **losergaard-chiropraktik@chiro-hin.ch**