

ANAMNESE- FRAGEBOGEN FÜR DEIN BABY



Bitte nimm dir etwas Zeit für diesen Fragebogen.

Die Angaben zu deinem Baby kann mir wichtige Hinweise für die von Ihnen gewünschte Beratung geben.

Die Beantwortung der folgenden Fragen erfolgt natürlich freiwillig.

Wenn Du einzelne Fragen nicht oder lieber im persönlichen Gespräch beantworten möchtest oder deren Beantwortung für nicht relevant erachtest, lass die entsprechenden Fragen einfach aus. Wenn du wissen möchtest, wozu einzelne Angaben nützlich sind, kann ich dir das gerne erläutern.

Sollte der Platz für einzelne Antworten nicht ausreichen, füge bitte ein Beiblatt an oder benütze die Rückseiten.

DEIN BABY

VORNAME / NACHNAME
GEBURTSDATUM UND GEBURTSZEIT
GEBURTSGEWICHT
AKTUELLES GEWICHT
VERSICHERUNG

DIE MUTTER

VORNAME / NACHNAME
GEBURTSDATUM
ADRESSE
BERUF
TELEFONNUMMER UND MAIL

DER VATER

VORNAME / NACHNAME
GEBURTSDATUM
ADRESSE
BERUF
TELEFONNUMMER UND MAIL

**GAB ES BESONDERHEITEN IN DER
SCHWANGERSCHAFT?**

zum Beispiel: körperliche Beschwerden, Belastungen am Arbeitsplatz,
belastende Untersuchungsergebnisse
Was hat sie in der Zeit unterstützt, Medikamente,
Schwangerschaftsdiabetes

**WAS ZEICHNETE DIE GEBURT DEINES
BABY AUS?**

Schmerzen, Dauer, Medikamente, Art der Begleitung

WOCHENBETT

Wie lange waren Mutter und Kind im Krankenhaus? Wie hast du die ersten
10 Tage nach der Geburt erlebt? Was hat gut geklappt? Was war
schwierig?

STILLEN UND NAHRUNG

Womit ernährst du dein Kind? Wie war es am Anfang? Wie ist es jetzt?

**WARUM MÖCHTEST DU MIR DEIN
BABY VORSTELLEN? WELCHER ART
SIND DIE BESCHWERDEN?**

**WELCHE BEHANDLUNGEN HAT DEIN
BABY GEGEN DIE BESCHWERDEN
BEREITS BEKOMMEN?**

WIE WAR DER ERFOLG?

**WAS ERWARTEST DU VON MEINER
BERATUNG UND BEHANDLUNG**

**BISHERIGE
KINDERKRANKHEITEN**

Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Andere

IMPFUNGEN

Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Keuchhusten.....

ANTIBIOTIKABEHANDLUNG

Wie oft, welche?

WIE SCHLÄFT DEIN BABY

Wann geht es ins Bett? Wann steht es auf? Wie oft wird es wach? Schläft es alleine?
Schläft es in einem Familienbett,-zimmer

GAB ES UNFÄLLE?

**GAB ES
KRANKENHAUSAUFENTHALTE**

**HAT DEIN BABY
GESUNDHEITLICHE PROBLEME?**

Neurologische Krankheiten, z.B. Epilepsie, Muskelerkrankungen,
Kopfschmerzen oder Bewegungsstörungen? Andere Krankheiten, z.B. Herz,
Lunge, Niere, Bauch, Muskulatur und Gelenke, psychiatrische Erkrankungen,
Allergien? *Bitte beschreiben*

**BITTE SCHREIBEN MIR HIER
NOCH AUF, WELCHER ART DIE
LETZTEN DREI MAHLZEITEN
WAREN, DIE DEIN KIND
EINGENOMMEN HAT**

**WAS MAG DEIN KIND
BESONDERS GERNE ESSEN UND
WAS GAR NICHT?**

BEHANDLUNGS- UND BERATUNGSVEREINBARUNG

Ich möchte Ihnen wichtige Informationen zu den Rahmenbedingungen für eine gute und reibungslose Zusammenarbeit geben.

duzen und siezen?

Am Anfang war das „Du“. In der Bibel – bei Adam und Eva bis weit darüber hinaus – wird geduzt. Mit dem „Ihr“ taucht im 9. Jahrhundert erstmalig eine Höflichkeitsform in der deutschen Anrede auf. In den 60er und 70er Jahren wurde in Schweden die höfliche Anrede in der dritten Person mittels der sogenannten „Du-Reform“ weitgehend abgeschafft.

Heute möchte ich Sie zum „du“ einladen. Mir liegt das „du“ gerade dann, wenn ich mit Menschen auf Augenhöhe zusammenarbeiten möchte. Ich möchte mit dir gemeinsam darum ringen, dass du wieder gesund werden kannst.

Du erreichst mich von Montag bis Freitag während meiner telefonischen Sprechzeit von 13 bis 14 Uhr. Führe ich in dieser Zeit gerade ein telefonische Beratung, schaltet sich automatisch der Anrufbeantworter an. Bitte hinterlasse dann eine Nachricht für mich. Alle Nachrichten (per Mail oder Telefon) die bis 16 Uhr bei mir eingehen, beantworte ich noch am gleichen Tag. Erreichbar bin ich unter unter den Telefonnummern: 0441 36137912 und 0176 23250638 und meiner Mailadresse: annett@schmittendorf.de

Du bist mit deinem Kind bei mir in Behandlung einer Heilpraktikerin. Ich behandle im Sinne der Naturheilkunde, was bedeutet:

- die Kosten werden von gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen.
- die Behandlung umfasst insbesondere schulmedizinisch nicht anerkannte Heilverfahren.

Ich rechne für Privat-Versicherte und Beihilfeberechtigte nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ab. Das Patientenrechtsschutzgesetz verpflichtet mich Sie darüber aufzuklären, dass möglicherweise nicht alles erstattet wird, was ich Ihnen in Rechnung stelle. Nicht alle inzwischen möglichen und etablierten Verfahren, die ich anbiete, sind im GebüH aufgeführt. Analoge Abrechnung heißt, dass ich dann eine oder mehrere Leistungen auf der Rechnung benennen kann, die der erbrachten Leistung am ähnlichsten ist. Die Erstattung analog abgerechneter Leistungen wird von den Kostenträgern unterschiedlich gehandhabt. Erstattungssicherheit besteht dabei nicht.

Wenn die private Krankenversicherung, private Zusatzversicherung oder Beihilfe die entstehenden Kosten nicht oder nur teilweise übernimmt, tragen die Eltern des Patienten/ des Kindes für eine entsprechende Klärung selbst Sorge. Etwaige Differenzen zwischen meinem Honorar und dem Erstattungsbetrag sind von Dir selbst zu tragen.

Als Selbstzahler kannst du mit 110 € für 1 Stunde, und mit 55 € für 1/2 Stunde rechnen, je nach Aufwand.

Die Rechnungen werden je nach Absprache direkt nach der Behandlung von mir ausgehändigt oder am Ende des Monats verschickt. Es ist auch möglich mit einer ec-Karte in der Praxis direkt zu bezahlen. Materialien und Medikamente und Laborkosten werden zum Selbstkostenpreis in Rechnung gestellt. Eine Absage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Bei Nichterscheinen berechne ich den vollen Satz.

Ich freue mich, dich bei der Entwicklung der Gesundheit deines Kindes zu unterstützen.

Oldenburg, den:

Unterschrift (Heilpraktikerin)

Unterschrift der Mutter oder des Vaters

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN DEINES KINDES

Hiermit erteile ich

Vorname und Name der Mutter oder des Vaters

Geburtsdatum

als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Vorname und Name des Kindes

Geburtsdatum

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin Annett Schmittendorf.

Hiermit bestätige ich Folgendes:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst. Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen. Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Vorname und Name des Vaters oder der Mutter

Geburtsdatum

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Annett Schmittendorf, Heilpraktikerin und Hebamme, Alexanderstr. 23, 26121 Oldenburg