

Kundendaten Kinder

<input type="checkbox"/> Esdaile	<input type="checkbox"/> Selbsthypnose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ultra-Height

Anker
Andere
Du

(Bitte oberhalb dieser Linie nicht beschriften)

Medizinische Kundengeschichte (Anamnese)

Datum: _____ Details: _____

Vorname des Kindes: _____ Name: _____ Kosename: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weibl. männl.

Strasse/Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ Website: _____

Hat jemand bereits einmal versucht, Sie/Ihr Kind zu hypnotisieren? Ja / Nein

Wer: _____ Grund: _____

Schwangerschaftsverlauf: _____

Besonderheiten: _____
(z.B. Zwischenblutungen, Hormonbehandlung, Erkrankungen der Mutter, besondere Belastungen)

Geburtsverlauf(z.B. Spontangeburt, Zeit von erster Wehe bis Geburt usw.) _____

Besonderheiten(z. B. Wehenmittel, Komplikationen etc.): _____

Wo geboren (z. B. Hausgeburt): _____

Die ersten Stunden: _____

Ernährung: _____ Schlaf (bezogen auf die ersten 3 Monate): _____

Krankheiten, Anpassungsstörungen: _____

In ärztlicher / psychologischer Behandlung ja/nein

Wenn ja, weswegen?: _____

Entwicklung im ersten Jahr: _____

Kindergarten Ja/Nein, wenn ja: ab wann? _____

Besonderheiten: _____

Freunde(Name, liebstes Spiel): _____

Vorbilder (Comic-Helden, Berufe): _____

Vorlieben /Abneigungen: _____

Stärken;Schwierigkeiten: _____

Lieblingsfarbe: _____ **Lieblingsessen:** _____

Gewohnheiten und Rituale: _____

Geschwister, wieviele: _____ Bruder / Schwester/ Stiefgeschwister / Halbgeschwister

Diagnose/Beschwerden/Zweck des Besuchs: _____

Vegetative Anamnese (aktuell)

Schlafqualität: gut / Einschlaf- / Durchschlafstörungen

Appetit: gut / schlecht

Aktuelles Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Wasserlassen / Stuhlgang normal: ja / nein

Angaben zu den Eltern:

Mutter: Alter _____ Verhältnisqualität: _____

Gesundheitsprobleme: _____

Vater: Alter _____ Verhältnisqualität: _____

Gesundheitsprobleme _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden: _____

Sozialanamnese:

Wohnsituation (Miete / Eigentum) Größe ausreichend? _____

Mitbewohner: _____

Finanzielle Situation: ausreichend /knapp / Lohnart: _____

Kredite ja/ nein

Soziale Kontakte: viele / wenige /welche(z.B. Familie, Freunde) _____

Aktuelle Partnerschaft seit: _____ Ehe / Lebensgemeinschaft / Single

Gemeinsamer Haushalt: ja / nein; 1. / 2. Ehe _____

Datum: _____ Unterschrift: _____