

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ Email: _____

Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich/privat/Beihilfe _____

Alter: _____ Beruf: _____ Sport/Hobby: _____ Hausarzt: _____

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

Unterschrift: _____

Wer hat Sie zu uns geschickt? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

1. Wird Ihr Kind von Freunden und Bekannten verstanden? ja nein
2. Wird Ihr Kind von Unbekannten verstanden? ja nein
3. Spielt Ihr Kind gerne mit anderen Kindern? ja nein
4. Ist Ihr Kind in einem Verein? ja nein
5. Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein
6. Hat Er/Sie Geschwister? ja nein
7. Schreit Ihr Kind viel? ja nein
8. Schaut Ihr Kind gerne Bücher an? ja nein
9. Spielt Ihr Kind sprechbegleitend? ja nein
10. Schaut Sie Ihr Kind an, wenn Sie mit ihm/ihr reden? ja nein
11. Versteht Sie Ihr Kind auch wenn Sie in einem anderen Raum sind? ja nein
12. Ist Ihr Kind schreckhaft im Straßenverkehr etc.? ja nein
13. Hat/Hatte Ihr Kind Ohrenerkrankungen? ja nein
14. Benutzt Ihr Kind Gestik? ja nein

Bitte wenden!

15. Kann sich Ihr Kind gut konzentrieren? ja nein
16. Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? ja nein
17. Ist Ihr Kind gekrabbelt? ja nein
18. Ist Ihr Kind schüchtern zu Unbekannten? ja nein
19. Hat Ihr Kind einen für sein/ihr Alter gut ausgeprägten Wortschatz? ja nein
20. Singt Ihr Kind gerne? ja nein
21. Ist Ihr Kind häufig erkältet/verschnupft? ja nein
22. Ist der Mund Ihres Kindes häufig geöffnet? ja nein
23. Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie z.B. Daumenlutschen, Nägelkauen,
am Finger lutschen oder benutzt einen Schnuller? ja nein
24. Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
25. Auf welche Schule/ in welchen Kindergarten geht Ihr Kind? ja nein
26. Sind Sie mit einer Kooperation mit dem Kindergarten/mit der Schule einverstanden? ja nein
27. Was sind Ihre Ziele für die Therapie? _____