Gesundheitspraxis für Homöopathie und Energietherapie

Anmeldung / Fragebogen Kinder

Name, Vorname _____

Name, Vorname der Eltern _____

Adresse, Ort:_____

Telefon/Natel_____e-mail:_____

Geburtsdatum _____

AHV-Nr.* _____

Krankenkasse Zusatzversicherung_____

Hausarzt _____

** ab Januar 2027 notwendig für Rückvergütung durch die Krankenkasse*

Ich wurde aufmerksam durch:

Website _____ Telefonbuch _____ Empfehlung _____Sonstiges _____

Die Krankengeschichte meines Kindes darf anonymisiert zu Weiterbildungszwecken verwendet werden: ____ ja ____ nein

Informationen

Krankenkassen: Ich bin anerkannt vom EMR und auf der Therapeutenliste von EGK und Visana. Informationen zur Rückvergütung erhalten Sie direkt bei Ihrer Versicherung.

Sprechstunden nach Vereinbarung. Terminabsagen innerhalb von 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin werden verrechnet.

Datenschutz und Abrechnung:

Die notwendigen Heilmittel erhalten Sie bei TopPharm Apotheke Göldlin in Aarau, TopPharm Apotheke & Drogerie in Buchs oder Natura Drogerie in Suhr oder Küttigen. Die Bestellung mit Ihrer Adresse und Geburtsdatum wir per e-mail, ohne zusätzliche Verschlüsselung, an die Apotheke/Drogerie versandt.

Die Rechnungsstellung gemäss Tarif 590 erfolgt digital und verschlüsselt über das Portal Sanamia.ch. Sollten Sie eine Rechnung in Papierform wünschen bitte ich um Mitteilung.

Datum, Unterschrift:

Angela Gehrig-Weuste, Rosenweg 4a, 5034 Suhr Tel. 062 824 54 44
gesund@gehrig-weuste.ch; www.gehrig-weuste.ch

Beschreiben Sie die Beschwerden. Wann haben diese begonnen? Wodurch werden sie besser oder schlimmer (z.B. Tageszeit, Kälte, bestimmte Nahrungsmittel, Ärger etc.). Wodurch könnten sie ausgelöst worden sein?

War Ihr Kind wegen der aktuellen Beschwerden schon in Behandlung?

Welche Medikamente nimmt es regelmässig ein? (Cortison, Antibiotika, Schlafmittel, Abführmittel, Psychopharmaka, Hormone, Vitamine, Eisen, pflanzliche Mittel, etc.). Kam es in der Vergangenheit zu Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten? Wurde eine Desensibilisierung durchgeführt?

Gesundheitspraxis für Homöopathie und Energietherapie

Vorgeschichte

Bitte führen Sie die Beschwerden Ihres Kindes stichwortartig in chronologischer Reihenfolge (Beginn der Beschwerden) auf:

- Kinderkrankheiten
- frühere Beschwerden
- Operationen / Klinikaufenthalte / Unfälle / Verletzungen

Datum	Beschwerde/Krankheit/Verletzung
_____	Geburtsdatum
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Angela Gehrig-Weuste, Rosenweg 4a, 5034 Suhr Tel. 062 824 54 44
gesund@gehrig-weuste.ch; www.gehrig-weuste.ch

Gesundheitspraxis für Homöopathie und Energietherapie

Familienvorgeschichte
Welche Krankheiten gab oder gibt es in der Blutsverwandtschaft (Eltern, Grosseltern, Onkel, Tanten, Geschwister)? Was waren die Todesursachen der nächsten Blutsverwandten?

Mutterseite		**Vaterseite**	
Grossmutter	Grossvater	Grossmutter	Grossvater

Mutter	Vater

Onkel, Tanten / Cousinen, Cousins	Onkel, Tanten / Cousinen, Cousins

Geschwister (Geburtsdatum + Krankheiten angeben)

_____
_____
_____
_____
_____

Angela Gehrig-Weuste, Rosenweg 4a, 5034 Suhr Tel. 062 824 54 44
gesund@gehrig-weuste.ch; www.gehrig-weuste.ch