

**Herzlich Willkommen in der HNO Praxis für Sprach-, Stimm- und Hörstörungen**  
**Dr. med. Woltersdorf & Coll.**

Es ist unser Ziel, die Beschwerden Ihres Kindes nicht nur kurzfristig zu lindern, sondern eine dauerhafte Genesung herbeizuführen. Dafür sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen, indem Sie uns grundlegende Informationen über die Art der Beschwerden und die medizinische Vorgeschichte geben.

Durch die Beantwortung der nachfolgenden Fragen helfen Sie mit, die Probleme besser einordnen zu können und damit die Basis für eine erfolgreiche Behandlung zu schaffen.

Wir sind auf die ganzheitliche Behandlung mit verschiedenen Naturheilverfahren spezialisiert. Gerne beraten wir Sie über die Zweckmäßigkeit und Erfolgchancen dieser Methoden in Ihrem speziellen Fall.

**Anlass der Anmeldung** Was führt Sie zu uns? Mit welcher Fragestellung kommen Sie?

.....

**Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt?**  
(wie Sauerstoffmangel, verlängerte Neugeborenenengelbsucht oder Nabelschnurumschlingung)

Termingerechte Geburt? .....

Geburtsgewicht: .....

Geburtsgröße: .....

APGAR-Werte: .....

**Geht Ihr Kind in den Kindergarten?** Name des Kindergartens?

.....

**Geht Ihr Kind in die Schule?** Name / Art der Schule, Klassenstufe?

.....

**Leidet Ihr Kind an Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

.....

**Welche Krankheiten hat Ihr Kind?** Muss es Medikamente einnehmen?

.....

**Gab es Operationen, Unfälle, Krankenhausaufenthalte?**

.....

**Ist Ihr Kind häufig erkältet?**

.....

**Hat Ihr Kind oft Mittelohrentzündungen?**

.....

**Wie schätzen Sie das Gehör Ihres Kindes ein?** Wurde ein Hörtest gemacht? Wie war das Ergebnis?

.....

**Wie schätzen Sie die Sprachkompetenz Ihres Kindes ein?**

.....

**Wird in Ihrer Familie noch eine andere Sprache / Dialekt gesprochen?**

.....

**War Ihr Kind schon in Behandlung?** (Logopädie, Ergotherapie, Frühförderung) Wie lange und wo?

.....

**Welche Bezugspersonen hat Ihr Kind?**

.....

**Hat Ihr Kind Geschwister?** In welchem Alter? Wie versteht es sich mit ihnen?

.....

**Beruf** der Mutter:

des Vaters:

.....

**Gibt es noch etwas, von dem Sie denken, dass es für den Arzt wichtig sein könnte?**

.....

### **Einverständniserklärung**

Um Verwechslungen zu vermeiden und die Arbeitsabläufe intern zu optimieren, fertigen wir ein Patientenfoto bei Erstvorstellung an. Das Foto wird ausschließlich für unsere Praxis verwendet.

Des Weiteren haben wir für Sie ein Wiedereinbestellungs-System (Recall-System) eingerichtet. Das ermöglicht uns, Sie an die Fälligkeit von Untersuchungen zu erinnern bzw. Sie bei Terminverschiebungen (durch Brief, Fax, Telefon, Mail) zu kontaktieren. Bitte geben Sie uns Ihre E-Mail-Adresse an und vervollständigen Sie die folgenden Angaben:

Name, Vorname

.....

Straße Haus-Nr.

.....

PLZ Ort

.....

Telefon-Nr.

E-Mail-Adresse

.....

Krankenkasse

.....

Damit wir diesen Service für Sie leisten dürfen, bedarf es Ihrer Unterschrift. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. In unserer Praxis sind externe Logopäden und Heilpädagogen tätig. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Inanspruchnahme auf freiwilliger Basis beruht.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Informationen zu dienen und den Grundstein für eine reibungslose und vertrauensvolle Zusammenarbeit gelegt zu haben.

Ja

Nein

.....

Datum, Unterschrift