



Fragebogen für Patienten (Kinder)

Meine persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnr.: _____ e-Mail: _____

Empfohlen von: _____

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ mit Zusatzversicherung HP bei: _____

☐ privat bei: _____ ☐ Beihilfe ☐ Post B

Bitte nennen Sie mir den Namen des Therapeuten Ihres Kindes (Kinderarzt, Facharzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Logopäde etc.):

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind? _____ ☐ keine

Wurde Ihr Kind laut gültigem Impfplan ,durchgeimpft'? ☐ ja ☐ nein ☐ andere _____

Hatte Ihr Kind Operationen? ☐ nein ☐ ja, folgende _____

So rechnen wir ab.

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

Unsere Leistungen werden ausschließlich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet werden. Bitte beachten Sie, dass Krankenkassen die Behandlungskosten grundsätzlich nicht erstatten. Private Krankenversicherer und Zusatzversicherungen, Beihilfe und B Postkasse erstatten nach jeweils verschiedenen Sätzen.

Für eine 100%ige Erstattung können wir daher keine Gewähr übernehmen!

Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.

Sind Sie privat versichert oder zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker).

Bezüglich Terminvereinbarungen:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24 Stunden **vor Ihrem** mit uns vereinbarten Termin **nicht** berechnet werden. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB §252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift



So war die Schwangerschaft

Wievielte? _____ Schwangerschaft

Anzahl der Kinder? _____ Kinder

Alter der Mutter bei der Geburt? _____ Jahre

Wie viele Schwangerschaftswochen? _____ Wochen

Fehllage/Querlage? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

So war die Geburt

Geburtsgewicht? _____ Gramm

Länge _____ Zentimeter

Fehllage/Querlage? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Dauer _____ Stunden

Mehrlingsgeburt? ☐ ja ☐ nein

Es wurden Hilfsmittel verwendet
(Zange, Saugglocke o.ä.) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Die Geburt war ein Kaiserschnitt ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? _____

Kam es zu Geburtsverletzungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? _____

Mein Kind als Säugling

Das Kind hat einen Haarabrieb am Hinterkopf ☐ ja ☐ nein

Das Kind kann nicht auf dem Bauch liegen ☐ ja ☐ nein

Das Kind hat Schwierigkeiten mit den Augen ☐ ja ☐ nein

Das Kind schläft gut ein ☐ ja ☐ nein

Durchschnittliche Einschlafdauer _____ Minuten

Das Kind wird im Schlaf oft wach ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft? _____ Mal



Mein Kind als Säugling

Wird eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Schlafhaltung?

Das Kind wird gestillt

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie lange?

_____ Monate

Beim Stillen gibt es an einer Seite Schwierigkeiten

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an welcher Seite von Ihnen aus gesehen?

☐ rechts ☐ links

Das Baby trinkt / isst wenig oder schlecht

☐ ja ☐ nein

Mein Kind als Baby (0 bis 1 Jahr)

Das Kind kann das Köpfchen halten

☐ ja ☐ nein

Der Rücken des Kindes überstreckt sich stark

☐ ja ☐ nein

Das Kind liegt nur auf dem Rücken

☐ ja ☐ nein

Das Kind hat Blähungen/Koliken

☐ ja ☐ nein

Das Kind schläft durch

☐ ja ☐ nein

Das Kind hat regelmäßigen Stuhlgang

☐ ja ☐ nein

Die Pofalte ist schief

☐ ja ☐ nein

Das Kind zeigt eine deutliche Asymetrie (Blickrichtung)

☐ ja ☐ nein

Das Kind dreht sich überwiegend in eine Richtung

☐ ja ☐ nein

Das Kind liegt nur auf dem Rücken

☐ ja ☐ nein

Das Kind hat Blähungen/Koliken

☐ ja ☐ nein

Das Kind schreit viel (mehr als 3 Std. an 3 Tagen aufeinander)

☐ ja ☐ nein

Das Kind liegt in einem Bogen wie ein „C“

☐ ja ☐ nein

Das Kind hat eine unreife Hüftentwicklung

☐ ja ☐ nein

Das Kind hat eine Fußfehlstellung

☐ ja ☐ nein

Das Kind bewegt beide Arme gleich

☐ ja ☐ nein

wenn nein, welchen weniger

☐ rechts ☐ links

Das Kind hat auf einer Seite ein kleineres Gesicht

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche Seite

☐ rechts ☐ links

Das Kind hat einen einseitig flacheren Hinterkopf

☐ ja ☐ nein

Das Kind dreht sich überwiegend in eine Richtung

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche Seite

☐ rechts ☐ links



Mein Kind als Kleinkind (1 bis 6 Jahre)

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Das Kind hat das Krabbeln ausgelassen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat mit 16 Monaten oder später laufen gelernt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| wenn ja, wann konnte das Kind laufen | _____ Monate | |
| Das Kind hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (Knöpfe/Schleifen) über das Alter von 6 Jahren hinaus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind lutscht noch am Daumen (über das Alter von 5 Jahren) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind ist ängstlich beim Klettern in der Höhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind zeigt eine deutliche Asymetrie (Blickrichtung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind läuft vermehrt auf den Zehenspitzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind zeigte außergewöhnliche Reaktionen nach Impfungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind ist Bettnäser (über das Alter von 5 Jahren hinaus) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind leidet unter häufigen Ohren- und Naseninfektionen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Schwierigkeiten beim Ball fangen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Mein Kind als Schulkind (ab 6 Jahren)

- | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Das Kind hat Leseschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Schreibschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Abschreibeschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Rechenschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind leidet unter Konzentrationsmangel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind ist unruhig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Wahrnehmungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind hat Probleme im Sportunterricht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind leidet unter Reiseübelkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Das Kind trägt eine Zahnsperre | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| wenn ja, seit wann | _____ | |



Bekannte Gesundheitsprobleme

Unser Kind leidet an...

Rachenwegsinfekten

☐ ja ☐ nein

Neurodermitis

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann?

_____ Monate/Jahre

Allergien

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Kopfschmerzen

☐ ja ☐ nein

Wenn Kopfschmerzen, wie oft pro Woche?

Neurologische Erkrankungen

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Unser Kind trägt eine Brille

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann?

_____ Monate/Jahre

Unser Kind hat oft den Mund offen

☐ ja ☐ nein

Bekannte Entwicklungsverzögerungen

Haltung und Bewegung

☐ ja ☐ nein

Sprache und Verständnis

☐ ja ☐ nein

Haltung und Bewegung

☐ ja ☐ nein

Auffällige Asymetrie/Fehlhaltungen

Wir haben das sofort nach der Geburt gesehen

☐ ja ☐ nein

Wir haben das erst später gesehen

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Alter?

_____ Monate/Jahre

Wir wurden darauf aufmerksam gemacht

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, von wem? (Arzt, Hebamme, Krankengymnast)

_____ Monate/Jahre

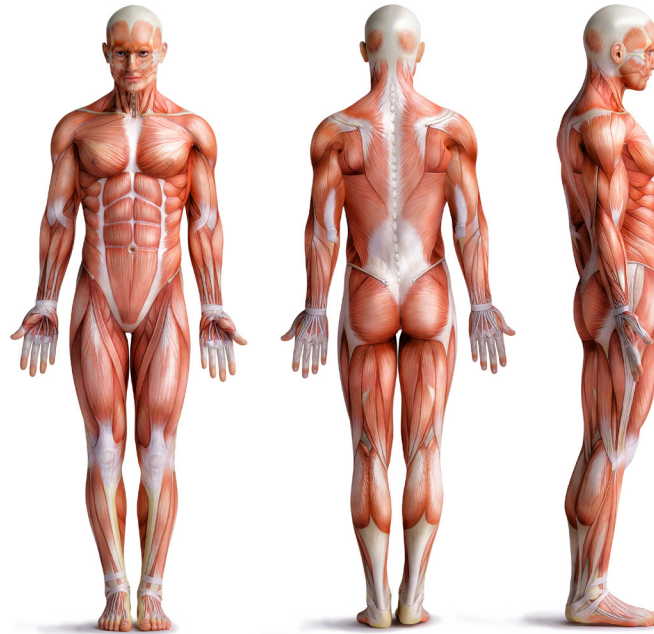
Uns fiel besonders folgendes auf:

(z. B. schiefer Kopf, Rumpf, Bein- oder Armhaltung, etc)



Wie geht es Ihrem Kind gerade?

- ☐ Es **hat keine Beschwerden**, wir sind aus prophylaktischen Gründen hier.
- ☐ Es **hat Beschwerden**. Bitte markieren Sie die schmerzhaften Regionen des Kindes.



Allgemeine Informationen

Hat das Kind während des Sportunterrichts jemals eine Verletzung erlitten? Wenn ja, bitte erklären:

Hat sich das Kind jemals bei einem (Auto-) Unfall verletzt? Wenn ja, bitte erklären:

Musste sich das Kind schon mal einer Operation unterziehen? Wenn ja, bitte erklären:

Muss das Kind dauerhaft Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?



Die medizinische Vorgeschichte des Kindes

Unter welcher der nachfolgend aufgeführten Krankheiten und Symptomen hat Ihr Kind schon gelitten?

	Ja	Nein
Kopfschmerzen		
Orthopädische Probleme		
Schwindel		
Bewusstlosigkeit		
Nackenprobleme		
Armprobleme		
Beinprobleme		
Gelenkprobleme		
Herzprobleme		
Krampfanfälle		
Chr. Ohrenschmerzen		
Nasennebenhöhlenentz.		
Schnupfen/Grippe		
Asthma		
Skoliose		
Koliken		

	Ja	Nein
Schlechte Haltung		
Knochenbrüche		
Verhaltensauffälligkeiten		
Verdauungsstörungen		
Appetitlosigkeit		
Magenschmerzen		
Rückfluss		
Diabetes		
Bluthochdruck		
Blutarmut/Anämie		
ADS/ADHS		
Risse, Brüche, Hernien		
Muskelschmerzen		
Wachstumsschmerzen		
Allergie (welche)		

Hat das Kind an einer der folgenden Rückenmarkstraumata gelitten?

	Ja	Nein
Sturz von der Couch		
Sturz mit Skateboard		
Sturz von der Schaukel		
Sturz von der Rutsche		
Sturz vom Klettergerüst		

	Ja	Nein
Fahrradsturz		
Treppensturz		
Sturz von Wickelkommode		
Sturz mit Lauflernhilfe		
Sonstige		



Allg. Aufklärungspflicht - das KLEINGEDRUCKTE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren.

Dennoch existiert seitens des Gesetzgebers die Verpflichtung, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

Bitte nehmen Sie sich 2 Minuten Zeit!

1. Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.07.1993 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären:

In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2. Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 14U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen (chiropraktischen) Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne.

Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann.

Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Ich wurde über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchzuführenden Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der / die Erziehungsberechtigte)

Patientenname _____

Geb.Dat _____