

FRAGEBOGEN FÜR KINDER

Persönliche Daten

Name: Strasse / Nr.:
 Vorname: PLZ Wohnort:
 Geb: Telefon:
 E-Mail: Mobil:

Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name: Geb:
 Vorname:

Krankenversicherung

Selbstzahler

Privatversicherung bei:

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei:

Allgemeine Angaben

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

War Ihr Kind schon einmal in chiropraktischer Behandlung? Nein

Ja, zuletzt am: bei:

Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung? Nein Ja, wegen:

.....

Schwangerschaft und Geburt

Wie oft waren Sie schwanger? Das wievielte Kind ist es?

Ihr Kind wurde in der Schwangerschaftswoche geboren

Es gab Komplikationen während der Schwangerschaft JA NEIN

.....

Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft

.....

	JA	NEIN
Ihr Kind war eine Beckenlage / Steißlage / Sterngucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Geburt wurde medikamentös eingeleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während der Geburt wurde auf den Bauch gedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Geburt war ein Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Geburt wurde mit Hilfsmitteln durchgeführt (Zange / Saugglocke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind hatte Geburtsverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Komplikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Säuglingsalter

	JA	NEIN
Ihr Kind hat / hatte eine Lieblingsseite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind bewegt beide Arme gleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind bewegt beide Beine gleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Kind dreht sich in beide Richtungen gleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auffälligkeiten im Säuglingsalter

<input type="checkbox"/> Stillprobleme	<input type="checkbox"/> Schreikind	<input type="checkbox"/> Keine Bauchlage
<input type="checkbox"/> Unreife Hüfte	<input type="checkbox"/> Überstreckte Haltung	<input type="checkbox"/> Spuckt viel
<input type="checkbox"/> Fußfehlstellung	<input type="checkbox"/> Augenprobleme	<input type="checkbox"/> häufig Schluckauf
<input type="checkbox"/> Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> Dreimonatskoliken	<input type="checkbox"/> Schlafprobleme
<input type="checkbox"/> Haarlose Stellen am Hinterkopf	<input type="checkbox"/> Kopfschiefhaltung	

Klein- und Schulkinder – Ihr Kind hat / hatte

<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Krabbeln	<input type="checkbox"/> Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Laufen	<input type="checkbox"/> Sprach- und Verständnisverzögerungen
<input type="checkbox"/> Probleme im Kindergarten / Schule	<input type="checkbox"/> Konzentrations- und Lernschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Soziale Entwicklungsverzögerungen	<input type="checkbox"/> Auffällige Ernährungsgewohnheiten

Das Alltägliche

Schlafstunden: Stunden / Nacht	Digitale Medien: Stunden / Tag
Wasser / Flüssigkeit: Liter / Tag	Sport: Stunden / Woche
Süßigkeiten: Portion / Tag	Sportarten:
Hausaufgaben: Stunden / Tag

Gesundheit Ihres Kindes bis heute

Häufig wiederkehrende Krankheiten oder Beschwerden:

.....

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

.....

Ihr Kind hat / hatte

Brille Nein Ja, seit:

Unfälle / Stürze

Schuheinlagen Nein Ja

Operationen

Absatzerhöhung Nein Ja

Knochenbrüche

Zahnsperre / Retainer Nein Ja

Allergien / Unverträglichkeiten

Impfungen Nein Ja

.....

Sonstiges:

.....

Aktueller Gesundheitszustand

Ihr Kind hat keine Beschwerden und ist aus prophylaktischen Gründen hier

Kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind:

.....

Seit wann hat Ihr Kind dieses Problem ?

Tagen Wochen Monaten Jahren Schon immer

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, Orthopädie...)?

.....

Frühere Therapien für dieses Problem:

.....

Beschwerden im Kindesalter

Kopfschmerzen

Schwaches Immunsystem

Alpträume

Gleichgewichtsstörung

Blasenleiden

Nasenbluten

Augenprobleme

Verdauungsprobleme

Appetitverlust

Koordinationsstörungen

Menstruationsbeschwerden

Gewichtsprobleme

Kiefergelenkprobleme

Schilddrüsenprobleme

Schleudertrauma

Nebenhöhlenprobleme

Hautprobleme

Verspannungen

Zahnprobleme

Rechtschreibprobleme

Häufig Mittelohrentzündung

Schlaflosigkeit

Rechenschwierigkeiten

Auffällige

Asthma

Skoliose

Ernährungsgewohnheiten

Übermäßiges Schwitzen

Schwindel

Behandlungsvertrag

Liebe Patientin, lieber Patient,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte Techniken aus der modernen amerikanischen Chiropraktik. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren der amerikanischen Chiropraktik aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich zwei Minuten Zeit.

1. Urteil vom Oberlandesgericht Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 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 kommen kann.“ Anmerkung: Nach dem heutigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft, gibt es keinen Hinweis, dass eine korrekt ausgeführte chiropraktische Behandlung der Halswirbelsäule eine Verletzung gesunder hirnversorgender Gefäße primär verursacht.

2. Urteil des Oberlandesgerichtes Stuttgart (vom 29.02.1997, Zeichen 14U44/96)

Ein heilbehandelnder (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen 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 Bandscheiben vorbeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg der Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilpraktiker bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Noch etwas zu Ihrer Versicherung:

Die Bezahlung erfolgt per Rechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei Ihrer Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren. Eine Nicht-Übernahme der Behandlungskosten durch eine private oder Zusatzversicherung, hat keinen Einfluss auf die Vergütung.

Bezüglich Terminvereinbarung / Absage und Praxisausfallgebühr

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich Termine für Sie. Falls Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich um rechtzeitige Absage. Bitte haben Sie Verständnis, dass für Termine, die nicht mind. 24 Stunden vorher telefonisch oder per E-Mail abgesagt werden oder für Termine, die nicht wahrgenommen werden, die Praxisausfallkosten berechnet werden (BGB§252). Falls Sie sich verspäten sollten, kann die Behandlung leider nicht mehr stattfinden, da die Termine aufeinanderfolgend geplant sind. Auch hier fällt eine Ausfallgebühr an. Ausfallpauschale für einen Ersttermin 35€. Ausfallpauschale für einen Folgetermin 25€.

Einverständniserklärung

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich hiermit einverstanden. Werden evt. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallpauschale in Höhe von 25,00 bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben. Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu zahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Chiropraxis Ingelheim, Christiane Höfinghoff. Ich habe die Regelungen zur Kenntnis genommen, verstanden und akzeptiere sie. Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigten

.....
Unterschrift Therapeut/in