

Anamnesebogen

Name des Kindes:

Vorname:

geb.:

Krankenversicherung

gesetzlich

privat bei:

Zusatzversicherung:

Name eines Elternteils:

Vorname:

geb.:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefonnummer:

Handy-Nummer:

Name des Kinderarztes:

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

nein ja

Welche? _____

Wurde Ihr Kind laut gültigem Impfplan geimpft?

nein ja

andere

Hatte Ihr Kind Operationen?

nein ja

Welche? _____

So geht es meinem Kind im Moment ...

Mein Kind hat keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Mein Kind hat folgende Beschwerden im Bereich:

Lendenwirbelsäule

Brustwirbelsäule

Halswirbelsäule

Gelenke

andere

Mein Kind und unsere Familie

Wir sind Raucher	Mutter:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Vater:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt (z. B. Skoliose, Anomalien, Beinverkürzung, etc.)	Mutter:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Vater:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wir haben öfters Probleme mit dem Nacken / Kreuz (z. B. Nacken/Kopfschmerzen, Migräne)	Mutter:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Vater:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wurden Geschwister schon hier in der Praxis vorgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Schwangerschaft

Anzahl Schwangerschaften		Anzahl Kinder	
Alter der Mutter bei Geburt	Jahre	Schwangerschaftswochen	Wochen
Geburtsgewicht	Gramm	Größe	cm
Fehllage / Querlage	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?			

Die Geburt

Dauer	Stunden	Presswehen	Stunden
Mehrlingsgeburt	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange, Saugglocke).	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?			
Die Geburt war ein Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, warum?			
Kam es zu Geburtsverletzungen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?			

Mein Kind als Säugling

Das Kind ist (war) verspannt im Rücken, überstreckt?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Das Kind hat (hatte) einen schief gehaltenen Kopf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Nein
Das Kind liegt (lag) in einem Bogen, wie ein „C“	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Nein
Das Kind hat (hatte) eine unreife Hüftentwicklung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Nein
Das Kind hat (hatte) eine Fußfehlstellung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Nein
Das Kind hat (hatte) einen Haarabrieb am Hinterkopf	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Das Kind kann (konnte früher) nicht auf dem Bauch liegen	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Das Kind hat (hatte) Schwierigkeiten mit den Augen	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Das Kind schläft (schlief) gut ein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Durchschnittliche Einschlafdauer		Minuten	
Das Kind wird (wurde) im Schlaf oft wach	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie oft?		mal	
Wurde eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Schlafhaltung?			
Das Kind wurde gestillt	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wie lange?		Monate	
Beim Stillen gibt (gab) es an einer Seite Schwierigkeiten:	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, an welcher Seite von Ihnen aus gesehen?		<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Das Baby trinkt / isst (früher) wenig oder schlecht	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Es sabbert viel oder spuckt oft (früher)	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Das Kind ist (war) ein Schreikind	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Es hat „3-Monats-Koliken“ (gehabt)	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie lange insgesamt?		Monate	
Das Kind ist (war) empfindlich am Nacken (z. B. beim Anziehen)	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Das Kind rauft sich öfters die Haare	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein

Bekannte Gesundheitsprobleme

Unser Kind leidet an ...

Rachenwegsinfekten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, seit wann?		Monate / Jahre
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Kopfschmerzen, wie oft pro Woche		mal
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Unser Kind trägt eine Brille	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, seit wann?		Monate / Jahre
Unser Kind hat oft den Mund offen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bekannte Entwicklungsverzögerungen

Haltung und Bewegung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sprache und Verständnis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Konzentration, soziale Fertigkeiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Auffällige Asymmetrie/Fehlhaltung

Wir haben das sofort nach der Geburt gesehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wir haben das erst später gesehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welchem Alter?		Monate / Jahre
Wir wurden darauf aufmerksam gemacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, von wem? (Arzt, Hebamme, Krankengymnast)		
Uns fiel besonders folgendes auf: (z. B. schiefer Kopf, Rumpf, Bein- oder Armhaltung, etc.)		

Das Baby ...

schaut(e) nur nach rechts oder links?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
dreht(e) sich nur nach rechts oder links?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
bewegt(e) beide Arme gleich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn nein, welchen weniger?	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
bewegt(e) beide Beine gleich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn nein, welchen weniger?	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
hat (hatte) ein haarlose Gebiet am Kopf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche Seite	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
hat (hatte) auf einer Seite ein kleineres Gesicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche Seite	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
hat (hatte) einen einseitig flacheren Hinterkopf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche Seite	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links

Sonstige Bemerkungen:

Hier finde ich mein Kind wieder ...

<input type="checkbox"/> schnelle Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Essen schlingen
<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Kein Frühstück
<input type="checkbox"/> Untergewicht	<input type="checkbox"/> Spätes Essen
<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/> Instant-Produkte + Fast Food
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Isst viele Süßigkeiten
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Wenig Obst und Gemüse
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Mein Kind ist zufrieden
<input type="checkbox"/> es verbraucht viel Klopapier	<input type="checkbox"/> Einsamkeit
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Kontaktscheu
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen
<input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/> Eltern sind doof
<input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/> Sportmuffel
<input type="checkbox"/> häufige Infekte	<input type="checkbox"/> Verspannung
<input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Steifheit
<input type="checkbox"/> Nagelprobleme	<input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Liebe Eltern,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte Techniken, strukturelle Osteopathie und Chiropraktik nach Ackermann, sowie amerikanische Chiropraktik, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 302/91)

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.

Persönliche Anmerkung: Es ist mir statistisch kein Fall bekannt, bei dem es bei der Behandlung von Kindern zu obiger Komplikation kam.

Ich wurde/werde über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden.

Zum Thema Abrechnung:

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

Die Bezahlung erfolgt in der Regel sofort nach jeder Behandlung oder zu Anfang eines Behandlungsplanes. Ist Ihr Kind gesetzlich versichert, sind Sie Selbstzahler. Fragen Sie evtl. bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.

Ist Ihr Kind privat- oder zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker).

Anmerkung: Ich arbeite diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl der Gesundheit Ihres Kindes. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf meine langjährige Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Ich behalte mir vor, an einem Tag zu „beraten und zu untersuchen“ und „chiropraktisch und osteopathisch“ zu behandeln. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.

Bezüglich Terminvereinbarung:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen bis 24 Stunden vor Ihrem vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen bin ich nach § 252 BGB berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Ich bin ausdrücklich mit der Untersuchung und Behandlung meines Kindes einverstanden.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Forchheim, _____

Unterschrift: _____