

Liebe Eltern,

wir heißen Sie in unserer Praxis am Hallerplatz herzlich willkommen.

Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen der Kontaktdaten und des Anamnesebogens einen Moment Zeit.

Bei Fragen helfen wir gerne.

**Das Formelle zuerst...**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  gesetzlich  privat bei \_\_\_\_\_  Beihilfe  Post B

Name eines Elternteils: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie regelmäßig über unsere Leistungen, Veränderungen und Hintergründe zu unserer Arbeit informieren. Mit Ihrem Kreuz bestätigen Sie, dass wir Ihre E-Mail Adresse dafür benutzen dürfen. Vielen Dank.

Haben Sie bereits am Gesundheitsforum teilgenommen?  Ja, am: \_\_\_\_\_  nein

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?  Ja  Nein 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:  Ja  Nein  
Vater:  Ja  Nein
- Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt (z. B. Skoliose, Anomalien, Beinverkürzung, etc.)  
Wenn ja, bei wem?  Ja  Nein  
 Mutter  Vater
- Wir haben öfters Probleme mit dem Nacken / Kreuz (z. B. Nacken/Kopfschmerzen, Migräne)  
Wenn ja, bei wem?  Ja  Nein  
 Mutter  Vater
- Wurden Geschwister schon hier in der Praxis vorgestellt?  Ja  Nein

## Schwangerschaft

- Wievielte? \_\_\_\_\_ Schwangerschaft
- Anzahl der Kinder? \_\_\_\_\_ Kinder
- Alter der Mutter bei Geburt? \_\_\_\_\_ Jahre
- Wieviele Schwangerschaftswochen? \_\_\_\_\_ Wochen
- Geburtsgewicht? \_\_\_\_\_ Gramm
- Länge? \_\_\_\_\_ cm
- Fehllage/Querlage?  Ja  Nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Die Geburt

- Dauer? \_\_\_\_\_ Stunden
- Mehrlingsgeburt?  Ja  Nein
- Die eigentliche Geburt (Presswehen) dauerte? \_\_\_\_\_ Stunden
- Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange, Saugglocke)  Ja  Nein  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- Die Geburt war ein Kaiserschnitt  Ja  Nein  
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_
- Kam es zu Geburtsverletzungen?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

## Mein Kind als Säugling

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

## 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 \_\_\_\_\_ mal
- 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
- Konzentration, soziale Fertigkeiten  Ja  Nein

### Auffällige Asymmetrie/Fehlhaltung

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

### **Das Baby...**

- schaut(e) nur nach rechts oder links?  Ja  Nein
- dreht(e) sich nur nach rechts oder links?  Ja  Nein
- bewegt(e) beide Arme gleich?  Ja  Nein  
wenn nein, welchen weniger?  rechts  links
- bewegt(e) beide Beine gleich?  Ja  Nein  
wenn nein, welchen weniger?  rechts  links
- hat(hatte) ein haarloses Gebiet am Kopf  Ja  Nein  
wenn ja, welche Seite  rechts  links
- hat (hatte) auf einer Seite ein kleineres Gesicht?  Ja  Nein  
wenn ja, welche Seite  rechts  links
- hat (hatte) einen einseitig flacheren Hinterkopf  Ja  Nein  
wenn ja, welche Seite  rechts  links

### **Sonstige Bemerkungen:**

---

---

### Hier finde ich mein Kind wieder...

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> schnelle Gewichtszunahme     | <input type="checkbox"/> Verstopfung                  | <input type="checkbox"/> Mein Kind ist zufrieden                    |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit                    | <input type="checkbox"/> Durchfall                    | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                                 |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen              | <input type="checkbox"/> Blähungen                    | <input type="checkbox"/> Kontaktscheu                               |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme           | <input type="checkbox"/> Essen schlingen              | <input type="checkbox"/> Eltern sind doof                           |
| <input type="checkbox"/> Hautirritationen             | <input type="checkbox"/> es verbraucht viel Klopapier | <input type="checkbox"/> Schokolade find ich <u>richtig</u> lecker! |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden     | <input type="checkbox"/> Kein Frühstück               | <input type="checkbox"/> Sportmuffel                                |
| <input type="checkbox"/> Nagelprobleme                | <input type="checkbox"/> Spätes Essen                 | <input type="checkbox"/> Verspannung                                |
| <input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen            | <input type="checkbox"/> Instant-Produkte + Fast-Food | <input type="checkbox"/> Steifheit                                  |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen        | <input type="checkbox"/> Wenig Obst und Gemüse        | <input type="checkbox"/> Übergewicht                                |
| <input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden |   |   |

### Was wir noch sagen müssen - das KLEINGEDRUCKTE

#### **Allgemeine Aufklärungspflicht:**

Liebe Eltern!

Die in unserer Praxis durchgeführte Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nehmen Sie sich noch 2 Minuten Zeit!

#### **1. Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.7.93 302/91)**

##### **„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.“

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. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

### Zum Thema Abrechnung:

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

- a) Ist Ihr Kind gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Preislisten sind am Tresen erhältlich. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung oder zu Anfang eines Monatsplans. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.
- b) Ist Ihr Kind privat- oder Zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Die GebüH liegt in der Praxis aus und kann jederzeit eingesehen werden.  
Anmerkung: wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl der Gesundheit Ihres Kindes. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf unserer langjährigen 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, 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.

Ich bin ausdrücklich mit der Untersuchung und Behandlung meines Kindes einverstanden.  
Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme und die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Danke fürs Ausfüllen.  
Ihr Thomas Grossmann