

# FRAGEBOGEN FÜR KINDER

## Das Formelle zuerst ...

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geboren \_\_\_\_\_

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

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

Empfohlen von \_\_\_\_\_

Kranken-  
versicherung:  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?  nein  ja  andere \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Operationen?  nein  ja, folgende \_\_\_\_\_

## So geht es meinem Kind im Moment ...

Mein Kind hat keine Beschwerden, es ist aus prophylaktischen Gründen hier.

Mein Kind hat Beschwerden im Bereich:

Lendenwirbelsäule  Brustwirbelsäule  Halswirbelsäule

Gelenke \_\_\_\_\_  andere \_\_\_\_\_

Mein Kind trägt Einlagen:  nein  ja

Einseitige Absatzerhöhung:  nein  ja, links  ja, rechts

## Mein Kind und unsere Familie ...

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt  
(z. B. Skoliose, Anomalien, Beinverkürzung, etc.):  nein  ja, bei  Mutter  Vater

Wir haben öfter Probleme mit dem Nacken / Kreuz  
(z. B. Nacken/Kopfschmerzen, Migräne):  nein  ja, bei  Mutter  Vater

Wurden Geschwister schon  
hier in der Praxis vorgestellt?  nein  ja

## Schwangerschaft ...

Wievielte? \_\_\_\_\_ Schwangerschaft

Anzahl der Kinder? \_\_\_\_\_ Kinder

Alter der Mutter  
bei der Geburt? \_\_\_\_\_ Jahre

Wie viele Schwanger-  
schaftswochen? \_\_\_\_\_ Wochen

Geburtsgewicht? \_\_\_\_\_ Gramm

Länge? \_\_\_\_\_ Zentimeter

Fehllage/Querlage?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

## Die Geburt ...

Dauer? \_\_\_\_\_ Stunden

Mehrlingsgeburt?  nein  ja

Es wurden Hilfsmittel verwendet  
(Zange, Sauglocke o.ä.):  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Die Geburt war ein Kaiserschnitt:  nein  ja, warum? \_\_\_\_\_

Kam es zu Geburtsverletzungen?  nein  ja, warum? \_\_\_\_\_

## Mein Kind als Säugling ...

- Das Kind hat (hatte) einen Haarabrieb am Hinterkopf:  nein  ja
- Das Kind kann (konnte früher) nicht auf dem Bauch liegen:  nein  ja
- Das Kind hat (hatte) Schwierigkeiten mit den Augen:  nein  ja
- Das Kind schläft (schief) gut ein:  nein  ja
- Durchschnittliche Einschlafdauer: \_\_\_\_\_ Minuten
- Das Kind wird (wurde) im Schlaf oft wach:  nein  ja \_\_\_\_\_ Mal
- Wurde eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
- Das Kind wurde gestillt:  nein  ja \_\_\_\_\_ Monate
- Beim Stillen gibt (gab) es an einer Seite Schwierigkeiten:  nein  ja, links  ja, rechts
- Das Baby trinkt/isst (früher) wenig oder schlecht:  nein  ja
- Das Kind ist (war) ein Schreikind:  nein  ja
- Es hat 3-Monats-Koliken (gehabt):  nein  ja, insgesamt \_\_\_\_\_ Monate
- Das Kind ist (war) empfindlich am Nacken (z. B. beim Anziehen):  nein  ja

## Bekannte Gesundheitsprobleme ...

- Rachenwegsinfekten:  nein  ja
- Neurodermitis:  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- Allergien:  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
- Kopfschmerzen:  nein  ja, wie oft? \_\_\_\_\_
- Neurologische Erkrankungen:  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
- Unser Kind trägt eine Brille:  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- Unser Kind hat oft den Mund offen:  nein  ja

### Bekannte Entwicklungsverzögerungen ...

Haltung und Bewegung:  nein  ja

Sprache und Verständnis:  nein  ja

### Auffällige Asymmetrie/Fehlhaltung ...

Wir haben das sofort nach der Geburt gesehen:  nein  ja

Wir haben das erst später gesehen:  nein  ja, wann? \_\_\_\_\_

Wir wurden darauf aufmerksam gemacht:  nein  ja, von? \_\_\_\_\_

Uns fiel besonders folgendes auf:  
(z. B. schiefer Kopf, Rumpf, Bein- oder Armhaltung, etc.) \_\_\_\_\_

### Das Baby ...

ist (war) verspannt im Rücken, überstreckt?  nein  ja

hat (hatte) einen schief gehaltenen Kopf:  nein  ja, links  ja, rechts

liegt (lag) in einem Bogen wie ein ‚C‘:  nein  ja, links  ja, rechts

hat (hatte) eine unreife Hüftentwicklung:  nein  ja, links  ja, rechts

hat (hatte) eine Fußfehlstellung:  nein  ja, links  ja, rechts

schaut(e) nur nach rechts oder links?  nein  ja

dreht(e) sich nur nach rechts oder links?  nein  ja

bewegt(e) beide Arme gleich?  ja  nein, mehr links  nein, mehr rechts

bewegt(e) beide Beine gleich?  ja  nein, mehr links  nein, mehr rechts

hat (hatte) auf einer Seite ein kleineres Gesicht?  nein  ja, links  ja, rechts

hat (hatte) einen einseitig flacheren Hinterkopf?  nein  ja, links  ja, rechts

Sonstige Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Zum Thema Abrechnung ...

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

- a) 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.
- b) Sind Sie privat versichert oder Zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker).

Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.

Anmerkung: Gearbeitet wird in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf langjähriger Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst.

## 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. Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

## Was wir noch sagen müssen - das KLEINGEDRUCKTE

Allgemeine Aufklärungspflicht:

### 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 könnte. 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)