

Anamnesebogen Kinder

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in meiner Praxis .

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, unseren Anamnesebogen auszufüllen.

Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Falls Ihnen etwas unklar sein sollte, lassen Sie einfach die Zeile frei, und wir können das im persönlichen Gespräch klären

Persönliche Angaben: Männlich Weiblich

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil-Nr.: _____ E-Mail: _____

Bitte hier Name/Vorname des erziehungsberechtigten Versicherten:

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Wie, oder von wem haben Sie von der Praxis erfahren: _____

- Ich bin gesetzlich versichert
- Ich bin privat versichert
- Ich habe eine private Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei: _____
- Ich bin Beihilfeberechtigt

Ihr Kinderarzt (Name und Adresse): _____

Ein paar Fragen zu Ihrem Baby / Kleinkind

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

Angaben zur Geburt / Beschwerden

Errechneter Geburtstermin: _____ Tatsächlicher Geburtstermin: _____

Gewicht und Größe bei Geburt: _____ Kopfumfang: _____

Angaben zur Geburt: normal / spontan schnell langsam eingeleitete Geburt
 Nabelschnurproblem Steißlage Sterngucker

Geburt mit Hilfsmitteln? Saugglocke Kristeller Handgriff (von oben auf den Bauch gedrückt)
 Zange Kaiserschnitt

Wie lange dauerte die Geburt ab der ersten Wehe? _____

Gab es Komplikationen? Welche? _____

- | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|---|--|
| Dammriss oder Dammschnitt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Liebungsseite in Rückenlage | <input type="checkbox"/> beide gleich | <input type="checkbox"/> nach links | <input type="checkbox"/> nach rechts | |
| Kann das Kind voll gestillt werden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | |
| Liebungsbrust beim Stillen | <input type="checkbox"/> beide gleich | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | |
| Milchstau / Brustentzündung gehabt | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Viel Schluckauf | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> bereits im Bauch (Schwangerschaft) | |
| Spuckt das Kind viel | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Überstrecken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Stuhlgang täglich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, nur alle _____ Tage | | |
| Koliken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |

Wie viele Stunden und wie oft (alle x Stunden) ist das Kind nachts wach? _____

- | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Schreit das Kind viel wenn es wach ist | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Ist der Kopf rund oder einseitig abgeflacht | | <input type="checkbox"/> rund | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| Schielst das Kind gelegentlich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Hatte das Kind eine Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Schnarcht das Kind | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |

Motorische Auffälligkeiten _____

- | | | | | |
|--|-------------------------------|--|--|--|
| Wurde bereits eine OP vorgenommen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, _____ | | |
| War das Kind bereits in Behandlung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wegen _____ | | |
| War das Kind bereits bei einem Osteopathen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| War das Kind bereits zur Physiotherapie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |

! Vom Behandler auszufüllen !

- | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| Halonierung der periorbitalen Region | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Horner Trias | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | |
| Hängetest auffällig | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Opisthotonus |
| Greifreflex | <input type="checkbox"/> beidseitig | <input type="checkbox"/> links schwach | <input type="checkbox"/> rechts schwach | | |
| Saugreflex | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Babinski | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ | | | |
| adäquate Reaktionen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Aufmerksam | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Seitenabweichung TMG | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | |
| Kann den Kopf halten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | | | |

Was wir Ihnen sagen müssen

(Allgemeine Aufklärungspflicht)

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose und Therapieverfahren sind sanfte, gezielte amerikanische Chiropraktiktechniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären, auch wenn diese sehr selten sind.

1) **Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 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 chirotherapeutischen Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2) **Das Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 - 14 U 44/96)**

„Ein Heilbehandler (Arzt / Heilpraktiker / Osteopath) 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 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 zu 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.“

Wichtig:

Grundsätzlich ist jede Behandlung mit einem Risiko behaftet - sogar tödlich -, egal in welcher medizinischen Fachdisziplin.

Ich werde/wurde über das eventuelle Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden. Alle Unklarheiten werde ich im persönlichen Gespräch klären. **Gegebenenfalls erhobene Einwände werden im Folgenden schriftlich festgehalten.**

Anmerkungen:

Hiermit bestätige ich als erziehungs- und sorgeberechtigte Person, dass mein Kind durch spezifische, amerikanische Chiropraktik behandelt werden darf.

Mein Name in Druckbuchstaben: _____

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit und Ihr Einverständnis zu den oben gemachten Angaben. Sie bestätigen, dass Sie die gemachten Angaben verstanden haben.

Ihre persönlichen Daten werden computertechnisch erfasst und gespeichert.

Wir behalten uns vor, Ihre Daten an eine Abrechnungsstelle weiterzuleiten, von der Sie dann eine Rechnung erhalten.

Für diesen Zweck werden die erforderlichen Daten übermittelt.

Dabei werden die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz strikt eingehalten.

Ihnen entstehen dadurch keinerlei zusätzliche Kosten.

Mit setzen dieses Kreuzes wünsche ich, eine Kopie dieses Anamnesebogens zu erhalten

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift der erziehungs-/sorgeberechtigten Person: _____

Unterschrift Behandler: _____

