



Liebe Eltern,

wir heißen Sie und Ihr Kind bei uns in der Praxis herzlich willkommen! Sollten Sie Fragen haben, scheuen Sie sich nicht, sich an uns zu wenden. Ich wünsche Ihnen, dass unsere Arbeit mit Ihrem Kind in kürzester Zeit zum Erfolg führt. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, unseren Anamnesebogen auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Diese Informationen unterstehen selbstverständlich der Schweigepflicht und sind keinem Dritten zugänglich.

Das Formelle zuerst ...

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer, privat/geschäftlich

E-Mail

Mobilnummer

Empfohlen von:

Krankenversicherung

gesetzlich bei _____ Zusatzversichert HP bei _____

privat bei _____ Beihilfe Post B

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, bei _____

Zur Familie

Sind Wirbelsäulenprobleme in Ihrer Familie bekannt?

Nein Ja, bei wem? _____

Wurden bereits Geschwister vorgestellt?

Nein Ja, wer? _____

Schwangerschaft

- Wie lange dauerte die Schwangerschaft? _____ Wochen
- Wie schwer war Ihr Kind? _____ g
- Wie groß war Ihr Kind? _____ cm
- Wie viele Kinder haben Sie schon zur Welt gebracht? _____
- Gab es Komplikationen bei der Schwangerschaft? Nein Ja, Fehllage Ja, Querlage Ja, Beckenlage
 Ja, sonstige _____

Die Geburt

- Haben Sie Zwillinge geboren? Nein Ja
- Wie lange dauerte die eigentliche Geburt? (Presswehen) _____ Stunden
- Wurden Hilfsmittel verwendet? Nein Ja, eine Zange Ja, eine Saugglocke
 Ja, sonstige _____
- Kam Ihr Kind durch einen Kaiserschnitt zur Welt? Nein Ja, warum? _____
- Kam es zu Geburtsverletzungen? Nein Ja, zu welchen? _____
- Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt? Nein Ja

Auffälligkeiten

- Schläft Ihr Kind gut ein? Nein Ja, Einschlafdauer? _____
- Wird Ihr Kind oft wach? Nein Ja wie oft? _____
- Existiert eine besondere Schlafhaltung? Nein Ja welche? _____
- Gibt/gab es Stillschwierigkeiten? Nein Ja
- Isst/trinkt Ihr Kind wenig oder schlecht? Nein Ja
- Sabbert es viel oder spuckt es oft? Nein Ja
- Haben/hatten Sie ein Schreikind? Nein Ja
- Ist Ihr Kind empfindlich im Nacken (beim Anziehen/Waschen)? Nein Ja

Entwicklungsverzögerungen

- Hat Ihr Kind Entwicklungsverzögerungen in der Haltung und/oder Bewegung? Nein Ja
- Hat Ihr Kind Entwicklungsverzögerungen in der Sprache und/oder im Verständnis? Nein Ja
- Hat Ihr Kind Entwicklungsverzögerungen in der Konzentration und/oder den sozialen Fähigkeiten? Nein Ja

Sonstige Gesundheitsprobleme

- Leidet Ihr Kind an Neurodermitis? Nein Ja
- Leidet Ihr Kind an Allergien? Nein Ja
- Leidet Ihr Kind an Kopfschmerzen? Nein Ja
- Leidet Ihr Kind an neurologischen Erkrankungen? Nein Ja
- Trägt Ihr Kind eine Brille? Nein Ja
- Hat Ihr Kind den Mund offen? Nein Ja
- Wie groß ist Ihr Kind? _____ cm
- Wie schwer ist Ihr Kind _____ g
-

Asymmetrie, Fehlhaltungen

- Leidet Ihr Kind unter Asymmetrie/Fehlhaltungen? Nein Ja
- Haben Sie diese sofort nach der Geburt gesehen? Nein Ja
- Wurden Sie auf dies aufmerksam gemacht? Nein Ja, von wem? _____
- Was fiel Ihnen besonders auf? _____ (schiefer Kopf, Rumpf, Beinhaltung, etc.)
- Guckt Ihr Kind nur in eine Richtung? Nein Ja, nach rechts Ja, nach links
- Dreht Ihr Kind sich nur in eine Richtung? Nein Ja, nach rechts Ja, nach links
- Bewegt Ihr Kind beide Arme gleich? Nein, rechts weniger Nein, links weniger Ja
- Bewegt Ihr Kind beide Beine gleich? Nein, rechts weniger Nein, links weniger Ja
- Ist das Gesicht auf einer Seite kleiner? Nein Ja
- Ist der Hinterkopf auf einer Seite flacher? Nein Ja, rechts Ja, links
- Hat Ihr Kind ein haarloses Gebiet? Nein Ja, wo _____
- Trägt Ihr Kind Einlagen? Nein Ja
- Trägt Ihr Kind einseitige Absatzerhöhungen? Nein Ja, rechts Ja, links
- Gibt es nennenswerte Krankheiten bisher? Nein Ja, welche _____
im Alter von: _____ Jahr(en)
- Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen? Nein Ja, welche? _____
im Alter von: _____ Jahr(en)
- Gab es Unfälle, Stürze? Nein Ja, welche? _____
im Alter von: _____ Jahr(en)
- Gab es Operationen? Nein Ja, welche? _____
Wo? _____
im Alter von: _____ Jahr(en)
- Hat Ihr Kind Impfungen erhalten? Nein Ja, welche? _____
- Treten in der Familie bestimmte Krankheiten auf? Nein Ja, welche? _____
-

WAS WIR IHNEN NOCH SAGEN MÜSSEN – DAS KLEINGEDRUCKTE

Allgemeine Aufklärungspflicht

Ich sehe mich im Stande, die Kosten, d.h. das Praxishonorar und die Laborkosten, selbst zu bezahlen.

Lieber Patient,

die in unserer Praxis durchgeführten Therapieverfahren sind sanfte, schmerzlose, auf den jeweiligen Körper ausgerichtete Justierungen, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

Bitte nehmen Sie noch 2 Minuten Zeit.

1. Urteil des 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 des Kopfes kommen kann.“
2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14U 44/96)
„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chiropraktischen 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 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 / werde über evtl. Risiken bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich (auch mündlich) in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Wurden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) und schulmedizinische Medikamente abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Unsere Behandlungen und Untersuchungen stellen eine Ergänzung zu schulmedizinischen Behandlungen und Untersuchungen dar. Sie ersetzen nicht den Arzt. (Dieser Satz ist uns gesetzlich vorgeschrieben)

Zur Untersuchung

Alle Untersuchungsergebnisse, Scans, Laboruntersuchungen werden dem Patienten als Original oder Kopie ausgehändigt und eingehend erklärt.

Bitte bringen Sie vorhandene Laboruntersuchungen, Krankenberichte, Röntgenbilder etc. zum Ersttermin mit in die Praxis. Sollten Sie keine aktuellen Röntgenbilder Ihrer Wirbelsäule haben (älter als 2 Jahre), wenden Sie sich an Ihren Arzt und erneuern Sie diese.

Zum Thema Abrechnung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit uns sind.

- a) Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Die Kosten der empfohlenen Behandlungen und Laboruntersuchungen nach den Care-Plänen werden Ihnen, soweit zu übersehen, nach der ersten großen Untersuchung sofort mitgeteilt. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung, als monatlicher Dauerauftrag oder im voraus, je nach von Ihnen gewähltem Finanzierungsmodell. Die Bezahlung in der Praxis ist Bar oder per EC-Cash gegen Quittung und/oder Rechnung möglich.
- b) Sind Sie privat- oder zusatzversichert erhalten Sie eine Rechnung laut GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und nach spezieller Sachlage nach GOÄ.
Anmerkung: Wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. 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. Wir behalten uns vor, an einem Tag zu beraten und zu untersuchen und chiropraktisch und osteopathisch zu behandeln. Für eine volle Erstattung unserer Leistungen können wir leider nicht garantieren.
Die Rechnungen werden direkt nach jeder Behandlung durch die Abrechnungsstelle für Ärzte und HP (BFS) in Dortmund geschrieben.

Die individuell anfallenden Laborkosten werden von uns im Rahmen der Laborgemeinschaft berechnet. Die Rechnungsstellung erfolgt durch die Praxis. Des Weiteren ist es möglich, dass wir Fremdlabore beauftragen, die sich in der Rechnungsstellung direkt an Sie wenden werden. Außerdem behalten wir uns vor, in einzelnen, besonderen Fällen, je nach Aufwand, bis zum 2-3-fachen Satz der Gebührenordnung für Heilpraktiker zu berechnen.

Bezüglich Terminvereinbarung

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen bis 24 Stunden vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In alle andere Fällen sind wir nach BGB § 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Der ausgefallene, nicht abgesagte Termin verfällt auch bei bereits geleistetem Honorar.

Bei Terminvergaben im Rahmen der Care-Pläne nach dem Ersttermin erheben wir eine Gebühr von Pauschal 30,- Euro. Diese Summe wird mit dem ersten Behandlungstermin verrechnet.

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