

Fragebogen Säuglinge/Kleinkinder

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich aus, wie es Ihnen möglich ist. Was Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach offen. Sollte der Platz nicht reichen, benutzen Sie bitte die Rückseite oder ein extra Blatt. Wenn Ihnen Arztberichte zu vorausgegangenen Untersuchungen und Behandlungen vorliegen, bringen Sie diese bitte mit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Personenbezogene Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Behandelnder Arzt: _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Allgemeine Fragen

Welche Beschwerden/Veränderungen sind der Anlass zur Vorstellung bei uns?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Welche Behandlungen sind bisher erfolgt und bei wem?

Ist den Beschwerden ein gravierendes Ereignis vorausgegangen (z. B. Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen)

Schwangerschaft und Geburt

Sind Sie auf natürlichem Wege schwanger geworden? Ja Nein

Hatten Sie eine Fehlgeburt? Ja Nein

Wenn ja; wie viele, wann und in welcher Schwangerschaftswoche?

Haben Sie in der Schwangerschaft Medikamente bekommen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____

Gab es Komplikationen unter der Geburt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> Zangengeburt | <input type="radio"/> Saugglockengeburt | <input type="radio"/> Kaiserschnitt |
| <input type="radio"/> Dammschnitt | <input type="radio"/> Nachlassen der Herztöne | <input type="radio"/> Nabelschnurumschlingung |

Handelte es sich um eine Mehrlingsgeburt? Ja Nein

Haben Sie unter der Geburt eine PDA erhalten? Ja Nein

Haben Sie wehenfördernde Mittel bekommen? Ja Nein

In welcher Lage ist das Kind zur Welt gekommen?

Kopflage Stirnlage Hinterhauptslage

Sternguckerlage Steißlage andere

Wochenbett und erste Zeit nach der Geburt

Größe des Kindes _____

Gewicht des Kindes _____

Kopfumfang _____

Gab es Notsituationen nach der Geburt? Ja Nein
(z. B. Beatmung, Intensivstation, operative Eingriffe)

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie gestillt? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht? _____

Gab es Schwierigkeiten beim Stillen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind nach der Nahrungsaufnahme gespuckt? Ja Nein

sofort später ständig gelegentlich

Hatte Ihr Kind Blähungen? Ja Nein

Haltung, Lagerung, Koordination, Verhalten

Hat Ihr Kind im Liegen eine schiefe Haltung? Ja Nein

Dreht es den Kopf bevorzugt in eine Richtung? Ja Nein

Wenn ja: nach links nach rechts

Bevorzugt Ihr Kind eine bestimmte Körperseite? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

War das Kind als Baby sehr unruhig? Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Tageszeiten? _____

Hat sich das Kind oft überstreckt? Ja Nein

Hat das Kind oft geweint? Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Tageszeiten? _____

Wurde Ihr Kind geimpft? Ja Nein

Wenn ja, wann und wogegen? _____

Motorik

Robben: Ja Nein Krabbeln: Ja Nein

Sitzen: Ja Nein Stehen: Ja Nein

Laufen Ja Nein Wann? _____

Gab es Schwierigkeiten bei der Grobmotorik? Ja Nein

Gab es Schwierigkeiten bei der Feinmotorik? Ja Nein

Gab es Schwierigkeiten bei der Koordination? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art? _____

Kann das Kind mit beiden Beinen hüpfen? Ja Nein

Kann das Kind auf einem Bein hüpfen? Ja Nein

Liegen Sehstörungen vor? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Liegen Hörstörungen vor? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Zeichen einer vermehrten Aktivität? Ja Nein

Kann sich das Kind schlecht konzentrieren? Ja Nein

Veränderungen/Erkrankungen am Bewegungssystem und andere Erkrankungen

Hüftdysplasie? Ja Nein

Säuglingsskoliose? Ja Nein

Fußdeformierungen? Ja Nein

Sonstige: _____

Gab es Verletzungen oder operative Eingriffe? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Sind Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes) oder Funktionsstörungen an Organen bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Allergie oder Unverträglichkeit? Ja Nein

Wenn ja, worauf und seit wann? _____

Leidet Ihr Kind unter Beschwerden wie

- | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Schlafstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Leistungsschwäche | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Überforderung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Familiäre Probleme | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Gereiztheit | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Stimmungsschwankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Angst | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | dauerhaftem Stress | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Unruhe | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Schulproblemen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Infektanfälligkeit | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Husten/Bronchitis | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Mandelentzündung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Mittelohrentzündung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Verdauungsprobleme | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | |

Wenn ja, welche? _____

Ist es häufig müde, kraftlos, träge? Ja Nein

Andere Probleme: _____

Gibt es in Ihrer Familie erbliche oder gehäuft auftretende Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Kiefer/Zähne

Gab es Schwierigkeiten beim Zahnen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wird oder wurde das Kind kieferorthopädisch behandelt? Ja Nein

Gab es Eingriffe an den Zähnen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Behandlungsvertrag

zwischen der Praxis für Osteopathie Oldendorf und

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Beginn der Behandlung bitten wir Sie, die nachfolgenden Informationen sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

1. Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Ihr/e Therapeut/in verpflichtet sich hiermit, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben.

2. Datenschutz

Ihre Daten werden, soweit sie zur Durchführung der momentanen und zukünftigen gemeinsamen Arbeit und zur Rechnungsstellung benötigt werden, auch elektronisch gespeichert.

3. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Ob und in welcher Höhe die Kosten für die Behandlung von Ihrer Versicherung übernommen werden, hängt davon ab, zu welchem Tarif Sie bei Ihrer Krankenversicherung versichert sind. Bitte klären Sie dies (im Vorfeld) mit Ihrer Versicherung selbst ab.

Der Behandlungsvertrag zwischen Ihnen bzw. Ihrem Kind als Patient und den behandelnden Therapeuten besteht unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten. Dieser Vertrag verpflichtet den Patienten zum Ausgleich der Honorarabrechnung, unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht. Die Honorarabrechnung erfolgt teilweise nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) und ist dieser angeglichen.

4. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Der Patient ist daher verpflichtet, die abgesprochenen Termine pünktlich einzuhalten. Bei nicht rechtzeitiger Absage (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) wird eine Terminausfallgebühr in Höhe der Behandlungsgebühr erhoben.

Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich akzeptiere die darin formulierten Regeln der Zusammenarbeit.

Datum: _____

Unterschrift: _____
(bei Kindern des/der Erziehungsberechtigten)