



Aufnahme von Säuglingen und Kindern

Wir heißen Sie in unserem ganzheitlichen Gesundheitszentrum und dem Lehrinstitut für amerikanische Chiropraktik in Niedersachsen herzlich Willkommen.



Mit diesem Anamnesebogen begleiten wir Sie mit Ihrem Kind durch unsere Praxis.

Sie geben uns relevante Daten und wir geben Ihnen einen

Überblick über den Weg!

Eine aufgeklärte und verantwortungsbewusste Zusammenarbeit zwischen Therapeut, Eltern und Kind führt uns leichter zum Ziel.

Wir freuen uns, wenn Sie und ihr Kind sich bei uns wohl fühlen. Sollten Sie Fragen haben oder ein persönliches Gespräch wünschen, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen am Empfang.

1. Das Gesundheitsforum steht mit all seinen unterstützenden und klärenden Informationen vor der Neuaufnahme. Dieser offene Vortrag ist für Sie kostenfrei. Sie werden über Wirkungsweise und Möglichkeiten der Chiropraktik aufgeklärt, erhalten Antworten auf Ihre ganz persönlichen Fragen und erfahren, wie Sie den Heilungsprozess unterstützen können.

Konnten Sie das Gesundheitsforum noch nicht besuchen, vereinbaren Sie bitte jetzt einen Termin, denn nur die Besucher des Gesundheitsforums erhalten die Selbstzahler-Rabatte in Form von Monats-/Jahresplänen:

- meinen **Termin für das Gesundheitsforum** habe ich vereinbart, für den _____.
- am Gesundheitsforum habe ich bereits teilgenommen, am _____.

2. Der Ersttermin umfasst die komplette Datenaufnahme, alle Vermessungen und Untersuchungen. So können wir die Vorgeschichte Ihres Kindes kennen lernen und den aktuellen Status prüfen um effektiv und effizient behandeln zu können. Füllen Sie hierfür bitte die folgenden Seiten aus und beantworten Sie alle Fragen möglichst genau. In der Regel kann, bei den meisten Kindern, auch schon jetzt die erste Justierung erfolgen.





PERSÖNLICHE DATEN

Patientennummer: _____

Vorname und Name des Kindes: _____

Vorname und Name des Erziehungsberechtigten/des Versicherten:

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobiltelefone: _____

email: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Name des Kinderarztes: _____ Tel. _____

Adresse des Kinderarztes: _____

Krankenversicherung:

privat versichert bei: _____ (intern: 3)
(Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt!)

gesetzlich versichert bei: _____ (intern: 2)
(Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler!)

Zusatzversicherung für Heilpraktiker, bei: _____
(Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt!)

Woher kennen Sie unsere Praxis? _____

3. Beim Ersttermin erhalten Sie eine **Info-Mappe**. Diese enthält Basisinformationen zu unseren Therapien, die Preislisten und dient zum Sammeln Ihrer persönlichen Unterlagen.
4. **Weitere Termine** vereinbaren Sie bitte nach Empfehlung und Absprache mit dem Therapeuten am Empfang. Falls (bei älteren Kindern) Röntgenbilder nötig sind erfahren Sie dies beim Ersttermin. Für diesen Fall vereinbaren Sie bitte einen so genannten "Zweitertermin"! Beim Zweittermin werden die Röntgenbilder besprochen, die erste Justierung findet statt und wir erstellen für Ihr Kind einen Behandlungsplan (Careplan).

Neuer Termin vereinbart?am: _____ um: _____ Uhr

5. **Die Zwischenuntersuchung:**

Durch nochmaliges Vermessen und genaues Untersuchen können wir Entwicklungen beobachten, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken.

Bitte melden Sie ihr Kind für eine Zwischenuntersuchung rechtzeitig an, da wir für diesen Termin einen größeren Zeitrahmen benötigen.

Die Zwischenuntersuchung ist nicht in den Monats-/Jahresplänen enthalten.

6. Wir empfehlen eine Therapie nie abrupt abzubrechen! Die besten Ergebnisse konnten durch ein allmähliches Vergrößern der Justierungsabstände erreicht und später durch einen vierteljährlichen **Prophylaxe**termin gehalten werden.





Anamnese Kinder

Name des Kindes: _____

Hauptproblem:

Schwangerschaftsverlauf:

- normal
 mit Komplikationen, welchen?

Geburt:

- mehr als 2 Wochen zu früh
 mehr als 10 Tage zu spät
 Besonderheiten unter der Geburt: _____
 PDA
 Kaiserschnitt
 Saugglocke
 Zange
 Dauer der Geburt ab Blasensprung _____
 Gewicht weniger als 2500 g
wird/wurde das Kind gestillt? Ja Nein
Wie lange? _____
gibt es / gab es Still Schwierigkeiten? Ja Nein
Welche? _____

Sonstiges _____



Anamnese Kinder

Baby: (0-1Jahr)

- kann das Köpfchen nicht halten (ab 12. Woche)
- Pofalte ist schief
- hat eine Liegeglatze
- dreht sich überwiegend in eine Richtung
- zeigt eine deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)
- liegt nur auf dem Bauch / Rücken
- überstreckt sich stark
- Schlaf: schläft durch schläft schlecht ein schläft kurz und unruhig
- hat Blähungen / Choliken
- hat keinen regelmäßigen Stuhlgang (weniger als 1x täglich)
- schreit viel (mehr als 3 Std. an 3 aufeinander folgenden Tagen)

Kleinkind: (1-6Jahre)

- hat das Krabbeln ausgelassen
- Zehenspitzenläufer
- hat mit 16 Monaten oder später Laufen gelernt
- hat mit 18 Monaten oder später zu Sprechen begonnen (2/3-Wort-Sätze)
- hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen
(Knöpfe/Schleifen) über das Alter von 6-7 Jahren hinaus
- Allergien, welche?
- zeigte außergewöhnliche Reaktionen nach Impfungen
- lutscht über das Alter von 5 Jahren hinaus am Daumen
- Bettnässen über das Alter von 5 Jahren hinaus
- häufige Ohren- und Nasen- Infektionen
- hat Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen
- hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren
- Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe
- Schwierigkeiten beim Ballfangen

Schulkind: (ab 6Jahre)

- Leseschwierigkeiten
- Schreibschwierigkeiten
- Abschreibschwierigkeiten
- Rechenschwierigkeit
- Konzentrationsmangel
- Unruhe
- Wahrnehmungsstörungen (Hören/Sehen..)
- Probleme im Sportunterricht
- Reiseübelkeit
- trägt eine Zahnklammer seit _____

Sonstiges _____



Wichtig!

ZUM THEMA ABRECHNUNG:

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

a) Wenn Sie gesetzlich versichert sind, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Preislisten erhalten Sie an der Anmeldung. Die Bezahlung erfolgt am Behandlungstag oder zu **Anfang eines Monatsplans** und ist als Barzahlung oder EC-Kartenzahlung möglich.

Fragen Sie evt. bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktiker ganz oder anteilig übernimmt.

b) Wenn Sie privat- oder zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker).

Die Preise können von der GebÜH abweichen.

Für eine volle Erstattung meiner Leistungen durch Ihre Krankenversicherung kann ich leider nicht garantieren.

ZUM THEMA 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.

Terminabsagen sind per Telefon, Fax oder email möglich!

Ihr Jaan-Peer Landmann

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

Name des Erziehungsberechtigten

in Druckbuchstaben: _____

Rosengarten, den _____

Unterschrift des

Erziehungsberechtigten _____



Wichtig!

Sehr geehrte 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 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 Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2. Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) 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 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. 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 Verantwortung der Eltern des Patienten!

Rosengarten, den _____

Unterschrift des
Erziehungsberechtigten _____