



Anamnesebogen

Kinder

Bitte nehmen Sie sich Zeit beim Ausfüllen dieses Bogens. Die Informationen verschaffen uns ein Bild über den Gesundheitszustand Ihres Kindes und sind für die chiropraktische Behandlung in unserer Praxis von großer Bedeutung!

Herzlichen Dank,

Sab. Boy

und

Frank Boy

Persönliche Daten Ihres Kindes

Name	<input type="text"/>	Straße, Nr.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geb.	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>

Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name Vorname Geb.

Dürfen wir Sie über Neuerungen und Termine unserer Praxis über WhatsApp Broadcast-Nachrichten informieren? Die Nachrichten werden so versendet, dass kein anderer Ihre Nummer oder Ihren Namen sehen kann. Auch wenn Sie Antworten ist das für keinen anderen als uns sichtbar. Damit das funktioniert, speichern Sie bitte unsere Festnetznummer in Ihren Kontakten ab.

Ich bin damit einverstanden von der Chiropraktik Boy, Sabine Boy + Frank Boy GbR, Mühlenweg 20, 26203 Wardenburg, per WhatsApp Messenger über Neuerungen und Termine der Praxis informiert zu werden. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann.

ja nein Unterschrift

Krankenversicherung

bekommen Sie die Behandlungskosten von einer privaten Krankenkasse oder einer Heilpraktiker-zusatzversicherung (oft in Zahnzusatzversicherungen verborgen) erstattet?

ja nein

GKV versichert bei:

Privatversicherung bei:

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei:

Allgemeine Angaben

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

War Ihr Kind schon einmal in chiropraktischer Behandlung? Nein Ja, zuletzt am

bei

Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung? Nein Ja, wegen:

Schwangerschaft und Geburt

Ja Nein

Wie oft waren Sie schwanger? ...und das wievielte Kind ist es?

Ihr Kind wurde in der Schwangerschaftswoche geboren.

Es gab Komplikationen / Besonderheiten während der Schwangerschaft Ja Nein

Einnahme von Medikamenten während der Schwangerschaft Ja Nein

Ihr Kind war eine Beckenendlage / Steißlage / Sterngucker Ja Nein

Die Geburt wurde medikamentös eingeleitet Ja Nein

Während der Geburt wurde auf den Bauch gedrückt Ja Nein

Die Geburt war ein Kaiserschnitt Ja Nein

Die Geburt wurde mit Hilfsmitteln durchgeführt (Zange/Saugglocke) Ja Nein

Ihr Kind hatte Geburtsverletzungen Ja Nein

Sonstige Komplikationen Ja Nein

Säuglingsalter

Ja Nein

Ihr Kind hat / hatte eine Lieblingsseite Ja Nein

Ihr Kind bewegt beide Arme gleich Ja Nein

Ihr Kind bewegt beide Beine gleich Ja Nein

Ihr Kind dreht sich in beide Richtungen gleich Ja Nein

Hier finden Sie Ihr Kind als Säugling wieder

- Stillprobleme
- Haarlose Stellen am Hinterkopf
- Dreimonatskoliken
- Unreife Hüfte
- Schreikind
- Kopfschiefhaltung
- Fußfehlstellung
- Überstreckte Haltung
- Keine Bauchlage
- Schlafprobleme
- Augenprobleme
- Spuckt viel

Klein- und Schulkindalter – Ihr Kind hat/hatte

- Schwierigkeiten beim Krabbeln
- Schwierigkeiten beim Laufen
- Probleme im Kindergarten / Schule
- Soziale Entwicklungsverzögerungen
- Haltungs und Bewegungsauffälligkeiten
- Sprach und Verständnisverzögerungen
- Konzentrations und Lernschwierigkeiten
- Auffällige Ernährungsgewohnheiten

Gesundheit Ihres Kindes bis heute

Häufig wiederkehrende Krankheiten oder Beschwerden?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

Ihr Kind hat / hatte (was und wann)

<input type="checkbox"/> Brille	Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Unfälle / Stürze	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schuheinlagen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Absatzerhöhung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Knochenbrüche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zahnspange / Retrainer	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Impfungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="text"/>		

Aktueller Gesundheitszustand

Ihr Kind hat keine Beschwerden und ist aus prophylaktischen Gründen hier?

Kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind:

Seit wann hat Ihr Kind dieses Problem?

Tagen Wochen Monaten Jahren Schon immer

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, Orthopäde...)?

Frühere Therapien für dieses Problem

Hier finden Sie Ihr Kind heute wieder

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> Hautprobleme	<input type="checkbox"/> Nasenbluten
<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Rechtschreibprobleme	<input type="checkbox"/> Appetitverlust
<input type="checkbox"/> Integrationsstörung	<input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen	<input type="checkbox"/> Rechenprobleme	<input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme
<input type="checkbox"/> Augenprobleme	<input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem	<input type="checkbox"/> Skoliose	<input type="checkbox"/> Schleudertrauma
<input type="checkbox"/> Koordinationsstörung	<input type="checkbox"/> Blasenleiden	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Verspannungen
<input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme	<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/> Auffällige Ernährungsgewohnheiten	
<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme	<input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden		
<input type="checkbox"/> Zahnprobleme	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/> Albträume	

Das Alltägliche

Schlafstunden	<input type="text"/>	Std. / Nacht	Elektrische Geräte	<input type="text"/>	Std. / Tag
Wasser/Flüssigkeit	<input type="text"/>	L / Tag	Spielstunde	<input type="text"/>	Std. / Tag
Süßigkeiten	<input type="text"/>	Portion / Tag	Sport	<input type="text"/>	Std. / Woche
Hausaufgaben	<input type="text"/>	Std. / Tag	Sportart	<input type="text"/>	

Liebe Patientin, lieber Patient!

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

1. URTEIL DES OBERLANDESGERICHTS 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 STUTIGART (VOM 20.02.1997, ZEICHEN 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 Beschwerde 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.“

NACHFOLGEND MÖCHTE ICH KURZ AUF IHRE VERSICHERUNG EINGEHEN:

Wenn Sie Selbstzahler sind, erfolgt die Bezahlung des Termins bar oder per EC-Lastschriftverfahren unmittelbar nach der Behandlung. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, welche die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt! Wenn Sie Privat- oder Zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Diese ist nach jeder Behandlung bar oder per EC-Lastschriftverfahren zu begleichen. Eine Erstattung der Behandlungskosten von Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht im vollen Umfang gewährleistet! Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen sich ggf. vorab bei Ihrer Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen,

Ihr Team der Chiropraktik Boy

Einverständniserklärung

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten 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 meiner eigenen Verantwortung. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallpauschale in Höhe von 25,- Euro bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben. Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Chiropraxis Pommerening.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Name Ort Datum