



## Fragebogen Kinder ab 5 Jahre

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich aus, wie es Ihnen möglich ist. Was Sie nicht beantworten können oder evtl. nicht möchten, 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 (gesetzlich/privat): \_\_\_\_\_

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



# Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

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

Gab es in der Schwangerschaft Beschwerden oder Erkrankungen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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?  Zangengeburt  Saugglockengeburt  Kaiserschnitt

Dammschnitt  Nachlassen der Herztöne  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

Wenn ja, welche? Wie oft/ viel? \_\_\_\_\_

In welcher Lage ist das Kind zur Welt gekommen?  Kopflage  Stirnlage  Hinterhauptlage  
 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? \_\_\_\_\_

Stillen Sie oder haben Sie gestillt?  Ja  Nein

Wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

Gab es Schwierigkeiten beim Stillen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Spuckt Ihr Kind nach der Nahrungsaufnahme?  Ja  Nein

sofort  später  ständig  gelegentlich

Hat 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: \_\_\_\_\_

Ist das Kind sehr unruhig?  Ja  Nein

Wenn ja, zu welchen Tageszeiten? \_\_\_\_\_

Überstreckt sich das Kind oft?  Ja  Nein

Weint Ihr Kind vermehrt?  Ja  Nein

Wenn ja, zu welchen Zeiten? \_\_\_\_\_

Wurde das Kind bereits 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



# Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

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			
Verdauungsproblemen	<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  Ja  Nein

gehäuft auftretende Erkrankungen?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Kiefer/Zähne

Gab es Schwierigkeiten beim Zahnen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde das Kind kieferorthopädisch behandelt?  Ja  Nein

Gab es Eingriffe an den Zähnen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



## Behandlungsvertrag

Zwischen Osteopathie Doreen Wagner und folgenden Personen

Name/Vorname Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Versicherter, falls abweichend: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
vor Beginn der Behandlung bitten wir Sie, die nachfolgenden Informationen sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

### 1. Schweigepflichtsentbindung

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. Unter Umständen kann jedoch eine Rücksprache mit anderen Sie oder Ihr Kind behandelnden Ärzten oder Therapeuten notwendig sein. Dies wird nur in Absprache mit Ihnen bzw. mit Ihrem Einverständnis erfolgen. Dennoch ist es nötig, dass Sie mich hierfür gegenüber den erwähnten Personen von der Schweigepflicht entbinden.

Halstenbek, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

### 2. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

**Für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte rechne ich meine Leistungen nach der Heilpraktikergebührenordnung ab. Die Behandlungskosten betragen für Selbstzahler 95,- € pro Sitzung.**

Ob und in welcher Höhe die Kosten für die Behandlung von Ihrer Versicherung übernommen werden, hängt davon ab, zu welchem Tarif Sie bzw. Ihr Kind 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. Der Patient verpflichtet sich zum Ausgleich der Honorarabrechnung, unabhängig davon, ob gegenüber Dritten, wie der Krankenversicherung, BG- oder Beihilfestellen ein Erstattungsanspruch besteht. Die Honorarabrechnung erfolgt teilweise nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) und ist dieser angeglichen.

### 3. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Der Patient verpflichtet sich, 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.

Halstenbek, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_



## Patientenaufklärung

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seine Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht.

Anwendungen:

- Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der inneren Organe
- Funktionsstörungen des Nervensystems
- Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems

Gegenanzeigen/Kontraindikationen

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- Akuten Entzündungen
- Infektionserkrankungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Brüchen
- Tumorerkrankungen
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontanen Hämatombildungen

Risiken der Behandlung sind:

- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber
- Schlafstörungen
- Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Muskelkaterähnliche Schmerzen

Risiken der Wirbelsäulenbehandlung:

- Gelegentlich Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut
- In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1. 2.000.000) kann es nach chiropraktischen Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks, der Wirbelsäule oder einem Schlaganfall kommen. Falls derartige Methoden angewendet werden, spreche ich dies vorher mit Ihnen ab. In der Regel arbeite ich aber biodynamisch, d.h. mit sehr sanften und schonenden Techniken.

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gem. obigem Text durch Frau Doreen Wagner über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen. Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_



## Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Gemäß der Datenschutzverordnung gem. Art. 13 und 14 DSGVO Information zum Datenschutz, bin ich verpflichtet, Sie über den Zweck der von Ihnen verwendeten und gespeicherten Daten zu informieren und Ihre Erlaubnis einzuholen.

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist: Osteopathie Doreen Wagner, Bickbargen 130, 25469 Halstenbek.

Von Patienten dieser Praxis werden folgende allgemeine Daten erhoben: Anrede, Vorname, Nachname; Anschrift nebst E-Mail-Adresse und Telefonnummer; Geburtsdatum; Kontodaten bei Verwendung von EC-Cash; gesundheitsbezogene Daten, Krankengeschichte

Die Verarbeitung der allgemeinen Daten erfolgt mit dem Zweck:

- Sie als unseren Patient/in identifizieren zu können;
- mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können und zu korrespondieren;
- Behandlung und Beratung
- Ihnen eine Rechnung/einen Vertrag zuschicken zu können;
- der Geltendmachung etwaiger Ansprüche gegen Sie, ggf. zur Weitergabe an eine rechtliche Vertretung.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der allgemeinen Daten:

Die Rechtsgrundlage bildet Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO. Die Verarbeitung ist für die Erfüllung des Vertrages mit Ihnen und zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen erforderlich.

Speicherdauer:

Die für die Dauer der Behandlung von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert. Nach § 257 HGB, § 147 AO beträgt die Aufbewahrungsfrist für Rechnungen 10 Jahre, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen. Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten gelöscht, es sei denn, dass wir nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO aufgrund von steuer- und handelsrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine längere Speicherung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

Datenweitergabe an Dritte & Information über gesetzliche oder vertragliche Bereitstellungspflichten

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte kann erfolgen:

- soweit dies nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO für die Abwicklung des Vertrages/der Dienstleistung mit Ihnen erforderlich ist;
- falls anwaltliche und gerichtliche Hilfe in Anspruch genommen wird

Ich (Name, Vorname Erziehungsberechtigter), \_\_\_\_\_  
stimme der Speicherung meiner Daten zu.

Halstenbek, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter