



Fragebogen Säuglinge/Kleinkinder ab 6 Monate

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

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



Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

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



Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

Hat Ihr Kind im Liegen eine schiefe Haltung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Dreht es den Kopf bevorzugt in eine Richtung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja: <input type="radio"/> nach links		<input type="radio"/> nach rechts
Bevorzugt Ihr Kind eine bestimmte Körperseite?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche: _____		
Ist das Kind sehr unruhig?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, zu welchen Tageszeiten? _____		
Überstreckt sich das Kind oft?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Weint Ihr Kind vermehrt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, zu welchen Zeiten? _____		
Wurde das Kind bereits geimpft?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wann und wogegen? _____		

Motorik

Robben:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Krabbeln:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sitzen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Stehen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Laufen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wann? _____		

Gab es Schwierigkeiten bei der Grobmotorik?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gab es Schwierigkeiten bei der Feinmotorik?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gab es Schwierigkeiten bei der Koordination?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welcher Art? _____		

Kann das Kind mit beiden Beinen hüpfen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kann das Kind auf einem Bein hüpfen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Liegen Sehstörungen vor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche? _____		
Liegen Hörstörungen vor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche? _____		
Gibt es Zeichen einer vermehrten Aktivität?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kann sich das Kind schlecht konzentrieren?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Veränderungen/Erkrankungen am Bewegungssystem und andere Erkrankungen

Hüftdysplasie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Säuglingsskoliose?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Fußdeformierungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstige: _____		



Osteopathie Doreen Wagner

Heilpraktikerin · Osteopathin B.Sc. · Physiotherapeutin

Gab es Verletzungen oder operative Eingriffe?

O Ja

O Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

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

O Ja

O Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Allergie oder Unverträglichkeit?

O Ja

O Nein

Wenn ja, worauf und seit wann? _____



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. 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. 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

Die Behandlungskosten betragen pro Behandlungseinheit 90,- €.

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