

Liebe Eltern,

ich heiÙe Sie und Ihre Kinder in meiner Praxis herzlich willkommen.

Ich wünsche Ihnen, dass unsere gemeinsame Arbeit auch bei Ihnen und Ihrem Kind in kürzester Zeit zum Erfolg führt.

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, meinen Anamnesebogen auszufüllen. Die Liste von Fragen hilft mir, die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes möglichst gezielt zu gestalten. Bei Fragen helfe Ich Ihnen gern.

Persönliche Daten

Name des Kindes: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat bei _____ Beihilfe Post B

Name eines Elternteils: _____ Vorname: _____ geb.: _____

StraÙe/ Nr.: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Bitte nennen Sie mir den/ die Namen des/ der Therapeuten Ihres Kindes (Kinderarzt, Facharzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Logopäde, Ergotherapeut, ...): _____

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind? _____ keine

Wurde Ihr Kind laut gültigem Impfplan „durchgeimpft“? Ja Nein

Hatte Ihr Kind Operationen? Ja - Welche? _____ Nein

Aktuelles

Mein Kind hat keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Mein Kind hat folgende Beschwerden im Bereich:

Halswirbelsäule Gelenke _____

Brustwirbelsäule andere _____

Lendenwirbelsäule

Schwangerschaft

- Natürliche Befruchtung? Ja Nein
- Wievielte Schwangerschaft? _____ Schwangerschaft
- Anzahl der Kinder? _____ Kinder
- Alter der Mutter bei der Geburt? _____ Jahre
- Wie viele Schwangerschaftswochen? _____ Wochen
- Geburtsgewicht? _____ Gramm
- Länge? _____ cm
- Fehllage/ Steißlage/ Querlage? Ja - Welche? _____ Nein
- Unfälle/ Stürze? Ja - Welche? _____ Nein
- Medikamente? Ja - Welche? _____ Nein
- Operationen? Ja - Welche? _____ Nein

Geburt

- Dauer? _____ Stunden
- Mehrlingsgeburt? Ja Nein
- Die eigentliche Geburt (Presswehen) dauerte? _____ Stunden
- Wurden Hilfsmittel (Zange, Glocke) verwendet? Ja - Welche? _____ Nein
- War die Geburt ein Kaiserschnitt? Ja - Warum? _____ Nein
- Kam es zu Geburtsverletzungen? Ja - Welche? _____ Nein

Säuglingszeit

- Mein Kind ist (war) verspannt im Rücken, überstreckt. Ja Nein
- Mein Kind hat (hatte) einen schief gehaltenen Kopf. Ja rechts links Nein
- Mein Kind liegt (lag) in einem Bogen, wie ein „C“. Ja rechts links Nein
- Mein Kind hat (hatte) eine unreife Hüftentwicklung. Ja rechts links Nein
- Mein Kind hat (hatte) eine Fußfehlstellung. Ja rechts links Nein
- Mein Kind hat (hatte) einen Haarabrieb am Hinterkopf. Ja Nein
- Mein Kind kann (konnte früher) nicht auf dem Bauch liegen. Ja Nein
- Mein Kind hat (hatte) Schwierigkeiten mit den Augen. Ja Nein
- Mein Kind schläft (schlief) gut ein. Ja Nein
- Mein Kind wird (wurde) im Schlaf oft wach. Ja Nein
- Mein Kind hat (hatte) eine Lieblingsschlafposition. Ja - Welche? _____ Nein
- Mein Kind wird (wurde) gestillt. Ja - Wie lange? _____ Nein
- Mein Kind trinkt (trank) nur von einer Brust. Ja rechts links Nein
- Mein Kind trinkt/ isst (trank/ aß) wenig oder schlecht. Ja Nein

- Mein Kind sabbert viel oder spuckt oft. (früher) Ja Nein
- Mein Kind ist (war) ein Schreikind. Ja Nein
- Mein Kind hat (hatte) „3-Monats-Koliken“. Ja - Wie lange? _____ Nein
- Mein Kind ist (war) empfindlich am Nacken. Ja Nein
- Mein Kind rauft sich öfter die Haare. Ja Nein

Entwicklung

- Drehen aus Rückenlage in Bauchlage früher mit 6 Monaten später
- Krabbeln früher mit 9 Monaten später nicht gekrabbelt
- Freies Sitzen früher mit 9 Monaten später
- Freies Stehen früher mit 12 Monaten später
- Laufen früher mit 15 Monaten später
- Treppensteigen mit Festhalten früher mit 18 Monaten später
- Einbeinstand früher mit 24 Monaten später
- Hüpfen mit beiden Beinen früher mit 36 Monaten später
- Mein Kind konnte mit _____ Jahren Fahrrad fahren.
- Mein Kind hat mit _____ Monaten gesprochen.
- Mein Kind hat bekannte Entwicklungsverzögerungen bezüglich
 - Haltung und Bewegung Ja Nein
 - Sprache und Verständnis Ja Nein
 - Konzentration, soziale Fertigkeit Ja Nein

Auffällige Asymmetrie/ Fehlhaltung

- Wir haben die kindliche Asymmetrie/ Fehlhaltung zum ersten Mal gesehen mit _____ Monaten/Jahren.
- Auffällig ist, dass mein Kind
 - nur nach rechts oder links schaut(e). Ja Nein
 - sich nur nach rechts oder links dreht(e). Ja Nein
 - einen Arm weniger bewegt(e). Ja Nein
 - ein Bein weniger bewegt(e). Ja Nein
 - einen einseitig flacheren Hinterkopf hat (hatte). Ja Nein
 - ein haarloses Gebiet am Kopf hat (hatte). Ja Nein

Liebe Patientin/ Lieber Patient,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. 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 Stuttgart (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 Beschwerden komme 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 durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Zum Thema Abrechnung und Terminvereinbarung:

Meine Praxis ist eine reine **Bestellpraxis**. Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Ich werde versuchen, Ihnen bei Ihren Terminwünschen entgegenzukommen.

Sollten Sie einmal einen vereinbarten **Termin nicht wahrnehmen können**, so sagen Sie diesen bitte **24 Stunden vorher** ab. Wird der Termin zu spät absagt und kann nicht neu vergeben werden, so bitte ich um Ihr Verständnis, dass ich Ihnen die Kosten für diesen Termin als **Praxisausfallkosten** nach BGB/§252 in Rechnung stellen kann.

Die **Abrechnung** entspricht einer **privaten Liquidation**. Vertragspartner ist der Patient, nicht seine Krankenkasse, Sie sind daher **unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner** mit mir. Für **Privatversicherte** richtet sich die **Liquidation** nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH)**. Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Leider zahlen gesetzliche Krankenkassen grundsätzlich keine Heilpraktikerleistungen, daher müssen Sie die anfallenden Kosten selbst übernehmen. Die Kosten richten sich nach dem jeweiligen medizinischen Aufwand und orientieren sich an den Sätzen der GebüH.

Die Kosten sind sowohl für Selbstzahler als auch für Privatversicherte unverzüglich im Anschluss an die Behandlung bar zu entrichten.

Privatpatienten erhalten jeweils zum Monatsende eine detaillierte Auflistung der Behandlungskosten zwecks Einreichung bei ihrer Kasse.

Einverständniserklärung:

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden.

- Nach gründlicher Überlegung willige ich in die vorgeschlagene **chiropraktische Behandlung** bei meinem Kind an folgenden Wirbelsäulenabschnitten und Extremitäten ein:
- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule und Rippengelenken
- Lendenwirbelsäule
- Kreuz-Darmbeingelenken
- obere Extremität
- untere Extremität
- Mit notwendiger Änderung oder Erweiterung des Verfahrens, sowie mit erforderlichen Neben- und Folgegriffen bin ich einverstanden

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Chiropraxis Weimer.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben.

Lübeck, den _____

Unterschrift: _____

