

## **Anamnesebogen – Säuglinge und Kinder**

### **Persönliche Daten:**

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Name des Elternteils: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße, Ort: \_\_\_\_\_ Klasse/Kindergarten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand der Eltern: \_\_\_\_\_

Geschwister (Anzahl): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_ Adresse des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Krankenversicherung:**

Gesetzlich

Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler!

Privat

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt!

Zusatzversicherung für Heilpraktiker

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt!

Wir sind aus präventiven Gründen hier

**Hauptproblem:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Schwangerschaftsverlauf:**     normal             mit Komplikationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Geburt:**

mehr als 2 Wochen zu früh

mehr als 10 Tage zu spät

PDA

Kaiserschnitt

Saugglocke

Zange

Gewicht weniger als 2500g

Dauer der Geburt ab Blasensprung: \_\_\_\_\_

Besonderheiten bei der Geburt:

\_\_\_\_\_

Wird/Wurde das Kind gestillt?

Ja. Wie lange? \_\_\_\_\_

Nein

Gibt es/Gab es Stillschwierigkeiten?

Ja. Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nein

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Baby (0-1 Jahr):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kann das Köpfchen nicht halten (ab 12. Woche)              | <input type="checkbox"/> Pofalte ist schief   |
| <input type="checkbox"/> Hat eine Liegeglatze                                       | <input type="checkbox"/> Dreht sich überwiegend in eine Richtung                            |
| <input type="checkbox"/> Zeigt eine deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)            | <input type="checkbox"/> Liegt nur auf dem Bauch  |
| <input type="checkbox"/> Rücken überstreckt sich stark                              | <input type="checkbox"/> Hat Blähungen/Koliken  |
| <input type="checkbox"/> Hat keinen regelmäßigen Stuhlgang (weniger als 1x täglich) | <input type="checkbox"/> Schreit viel (mehr als 3 Std. an drei aufeinander folgenden Tagen) |

**Schlaf**    Schläft durch                       Schläft schlecht ein                       Schläft kurz und unruhig

**Kleinkind (1-6 Jahre):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hat das Krabbeln ausgelassen                              | <input type="checkbox"/> Zehenspitzenläufer                                  |
| <input type="checkbox"/> Hat mit 16 Monaten oder später das Laufen gelernt         | <input type="checkbox"/> Hat mit 18 Monaten oder später zu sprechen begonnen |
| <input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (>6 Jahre alt) | <input type="checkbox"/> Zeigte außergewöhnliche Reaktionen nach Impfungen   |
| <input type="checkbox"/> Allergien, welche?: _____                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Lutscht noch am Daumen (>5 Jahre alt)                     | <input type="checkbox"/> Bettnässen (>5 Jahre alt)                           |
| <input type="checkbox"/> Häufige Ohren- und Nasen-Infektionen                      | <input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten, auf einem Bein zu hüpfen       |
| <input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren                    | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe             |
| <input type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten beim Ballfangen                       |  |

**Schulkind (ab 6 Jahre):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leseschwierigkeiten      | <input type="checkbox"/> Schreibschwierigkeiten             |
| <input type="checkbox"/> Abschreibschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Rechenschwierigkeiten              |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsmangel     | <input type="checkbox"/> Unruhe                             |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmungsstörungen    | <input type="checkbox"/> Probleme im Sportunterricht        |
| <input type="checkbox"/> Reiseübelkeit            | <input type="checkbox"/> Trägt eine Zahnklammer seit: _____ |

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Allgemeine Aufklärungspflicht:**

Lieber Patient!

Die in unserer Praxis durchgeführten 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 8.7.93 302/91)**

#### **„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 20.2. 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 Eigenverantwortung des Patienten!

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Abrechnung:**

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

1. a) Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Preislisten sind am Tresen erhältlich. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung oder zu Anfang eines Monatsplans. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.
2. b) Sind Sie privat- oder zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Die GebüH liegt in der Praxis aus und kann jederzeit eingesehen werden. Anmerkung: wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Ich behalte mir vor, an einem Tag zu ‚beraten und zu untersuchen‘ und ‚chiropraktisch und osteopathisch‘ zu behandeln. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.

**Terminvereinbarung:**

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen bis 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.

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

### **Kosten der Behandlung: Kosten für Private und Zusatzversicherte**

Es erfolgt die Zugrundelegung der GebüH-Höchstsatzes bzw. des Beihilfesatzes (Gebührenordnung für Heilpraktiker).

Die Erstattung privater Kassen richtet sich nach der jeweiligen Ertragsgestaltung, es kann zu Kürzungen bei Einzelposten kommen, da jede Versicherung unterschiedliche Höchstbeträge erstattet. Eine Zusicherung über die Erstattungsfähigkeit oder die Höhe kann nicht gegeben werden. **Zahlungspflichtiger Vertragspartner des Heilpraktikers ist der Patient, nicht die Krankenkasse.**

**Gesetzliche Kassen** erstatten grundsätzlich keine Leistungen des Heilpraktikers. Allerdings haben Versicherte die Möglichkeit, sich über eine „Zusatzversicherung“ der Privaten Krankenversicherer für unsere Leistungen zu versichern.

**Die Kosten werden immer direkt nach jeder Behandlung in Bar an der Theke beglichen. Privat versicherte erhalten eine Rechnung laut GebüH.**

### **Datenschutzerklärung**

- Für die Behandlung ist es notwendig, Ihre persönlichen Daten zu erheben. Gespeichert werden diese in Ihrer Patientenakte auf unserem Server. Die Daten werden ausschließlich für therapeutische Zwecke und die Abrechnung der erbrachten Leistungen verwendet. Auf Wunsch erhalten Sie gerne Auskunft über Art und Umfang Ihrer gespeicherten Daten. Nach Beendigung der Behandlungen und Abrechnungen können Sie auch die Löschung Ihrer Daten verlangen. Diese werden nach Ende der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gelöscht.
- Ich bin einverstanden, dass ich von der Chiropraxis Rau über E-Mail, Telefon und Post kontaktiert werde (Nicht zutreffendes bitte streichen).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Martin Rau