

Patientenfragebogen Osteopathie Kinder Birgit Bosle

Liebe Eltern,

Um Ihr Kind optimal behandeln zu können möchte ich Sie bitten, folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Erziehungsberechtigten

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Geschäftl.: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Anamnese

Aktuelles Gewicht:

Aktuelle Größe:

Geburtsgewicht:

Geburtsgröße:

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Verlauf der Schwangerschaft:

Hatten Sie während der Schwangerschaft

Eine ernsthafte Erkrankung? nein ja wenn ja, welche? _____

Einen Unfall? nein ja

Besonderen psychischen Stress nein ja

Übelkeit und Erbrechen nein ja wenn ja, welche? _____

Vorzeitige Wehen? nein ja wenn ja, mussten sie liegen? _____

Bekamen Sie wehenhemmende
Medikamente? nein ja wenn ja, wie lange? _____

Verlauf der Geburt:

Dauer	<4 Std. <input type="checkbox"/>	4-6 Std. <input type="checkbox"/>	7-10 Std. <input type="checkbox"/>	> 10 Std.
Spontangeburt	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		
Komplikationen	geplanter Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>		Notkaiserschnitt <input type="checkbox"/>	
	Zange <input type="checkbox"/>		Saugglocke <input type="checkbox"/>	
	manuelle Hilfe durch Arzt oder Hebamme <input type="checkbox"/>			
Apgar-Werte	(siehe U-Heft)			
Geburtslage	Hinterhaupt <input type="checkbox"/>	Scheitel <input type="checkbox"/>	Gesicht <input type="checkbox"/>	Steiß <input type="checkbox"/>
Nabelschnurumwicklung <input type="checkbox"/>				
War die Geburt termingerecht?	ja <input type="checkbox"/>	zu früh <input type="checkbox"/>	_____	über Termin <input type="checkbox"/>

Musste Ihr Kind im Krankenhaus weiter betreut werden?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	wie lange? _____	
			warum? _____	
Wurde Ihr Kind gestillt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	wie lange? _____	
Konnte es ohne Problem an beide Brüste angelegt werden?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		

Das erste Lebensjahr:

Mit wieviel Monaten konnte Ihr Kind:	sich drehen _____	robben _____	krabbeln _____	sitzen _____
	stehen _____	laufen _____	Treppen steigen _____	

Anpassungsschwierigkeiten:

Hat Ihr Kind häufig einen Teil der Nahrung erbrochen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Hatte es die sogenannten Drei-Monats-Koliken?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Leidet es an Blähungen, Verstopfungen oder Durchfällen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Weinte es oft, ohne dass Sie genau wussten warum?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Hat oder hatte Ihr Kind Schwierigkeiten einzuschlafen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wie lange schläft es an einem Stück?	früher _____	jetzt _____

Gesundheit:

Hat oder hatte Ihr Kind einen angeborenen Defekt an einem Organ, z.B. Herzfehler?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welchen? _____
einen Unfall?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welchen? _____
eine Operation?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Kinderkrankheiten?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Infektionskrankheiten?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welchen? _____
Mittelohrentzündung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		mit Gabe von Antibiotika? _____
		mit Einsetzen von Röhrchen? _____
Blasen- und Nierenerkrankungen?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, wie oft? _____
Fieberkrämpfe?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, wie oft? _____
Allergien?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
mehr als 5X im Jahr Infektionen der Atemwege	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Besteht eine familiäre Disposition zu Allergien?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?		_____
Gab es Impfreaktionen?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Gibt es in Ihrer Familie schwere bzw. chronische Erkrankungen, z.B. MS, Asthma, Diabetes, Rheuma, Krebs?	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____

Beschreiben sie das Essverhalten Ihres Kindes: _____

Bisherige Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung, Andere): _____

Therapie(n) zur Zeit? nein wenn ja, welche? _____

Bitte beschreiben Sie Ihr Kind: _____

Zum Thema Abrechnung:

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

Privatpatienten werden nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker berechnet.
Einige gesetzliche Krankenkassen beteiligen sich anteilig an den Kosten. Bitte informieren Sie sich.

Zum Thema Terminvereinbarung:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass **Terminabsagen 24 Stunden vor** Ihrem mit mir vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen bin ich nach BGB/§ 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Terminabsagen sind per Telefon oder E-Mail möglich.

Ich wurde/werde über eventuelle Risiken bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen, sowie über das Abrechnungsverfahren ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisname, die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu den obigen Angaben.

Name des Patienten: _____

Weinsberg, den _____

Unterschrift des Patienten: _____
(bei Minderjährigen bitte der Erziehungsberechtigte oder gesetzliche Vertreter)

Herzlichen Dank
Birgit Bosle