



Liebe Patientin, Lieber Patient,

ich heiße Sie in meiner Praxis herzlich
Willkommen!

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit,
meinen Anamnesebogen auszufüllen.

Das Formelle zuerst ...

Vorname: _____ Name: _____

bei Minderjährigen bitte zusätzlich 'Vorname/Name' des Erziehungsberechtigten/des Versicherten:

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____ email: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Krankenversicherung:

gesetzlich versichert bei: _____

privat versichert bei: _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker, bei: _____

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? nein ja, bei Arzt Kinderarzt

Name: _____



Liebe Eltern,

folgende Fragen sollen uns helfen, die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes möglichst gezielt zu gestalten. Die vielen Fragen, die Sie auf diesem Bogen finden, können Sie vielleicht nicht alle beantworten. Manche treffen vielleicht auf Ihr Kind gar nicht zu. Je mehr Sie beantworten können, umso besser.
Wo Sie sich nicht sicher sind, machen Sie einfach ein Fragezeichen.

1. Zur Familie

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt. Nein Ja Bei wem? _____
Geschwister wurden schon hier vorgestellt Nein Ja

2. Schwangerschaft

Wie viele _____ Dauer _____ Wochen Geburtsgewicht _____ Größe _____
Fehl- oder Querlage/ Beckenendlage Nein Ja Welche _____

3. Die Geburt

Zwilling/Drilling Nein Ja

Die eigentliche Geburt (Presswehen) dauerte _____ Stunden

Es wurden Hilfsmittel (Zange, Saugglocke) verwendet Nein Ja Welche _____

Kaiserschnitt Nein Ja Warum? _____

Kam es zu Geburtsverletzungen? Nein Ja Welche? _____

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt? Ja Nein

4. Auffälligkeiten

Das Kind schläft nicht gut ein Nein Ja Einschlafdauer _____

Das Kind wird oft wach Nein Ja Wie oft? _____

Es existiert eine besondere Schlafhaltung Nein Ja Welche? _____

Gibt (gab) es Stillschwierigkeiten? Nein Ja An welcher Seite? _____

Das Kind trinkt / isst wenig oder schlecht Ja Nein

Es sabbert viel oder spuckt oft Ja Nein

Wir haben (hatten) ein „Schreikind“ Ja Nein

Unser Kind ist empfindlich im Nacken (beim Anziehen/Waschen) Ja Nein



5. Sonstige Gesundheitsprobleme

Unser Kind leidet an:

- Häufigen Infekten Nein Ja Welche? _____
- Neurodermitis Nein Ja Welche? _____
- Allergien Nein Ja Welche? _____
- Kopfschmerzen Nein Ja
- wie oft pro Woche? _____
- Neurologischen Erkrankungen Nein Ja Welche? _____

Unser Kind

- trägt eine Brille Ja Nein
- hat den Mund offen Ja Nein

Aktuelle Größe: _____

Gewicht: _____

6. Entwicklungsverzögerungen:

- Haltung und Bewegung Ja Nein
- Sprache und Verständnis Ja Nein
- Konzentration, soziale Fertigkeiten Ja Nein

7. Asymmetrie, Fehlhaltung

- Wir haben das sofort nach der Geburt gesehen Nein Ja
- Wir haben das erst später gesehen Nein Ja, wann? _____
- Wir wurden darauf aufmerksam gemacht (Arzt, Hebamme, etc.) Nein Ja, von wem? _____

Uns fiel besonders folgendes auf _____
(schiefer Kopf, Rumpf, Arm-, Beinhaltung, etc.)

Das Baby schaute nur nach rechts/links Ja Nein

drehte sich nur nach rechts/links Ja Nein

- bewegte beide Arme gleich Ja Nein welchen weniger? _____
- bewegte beide Beine gleich Ja Nein welches weniger? _____
- Das Gesicht ist auf einer Seite kleiner Ja Nein rechts/links
- Der Hinterkopf ist einseitig flacher Ja Nein rechts/links
- Unser Kind hat ein haarloses Gebiet Ja Nein rechts/links

Unser Kind trägt Einlagen: ja nein

eine einseitige Absatzerhöhung: nein ja, links ja, rechts

Welche nennenswerten Krankheiten gab es bisher? keine

_____ im Alter von _____ Jahren

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

Nein ja, welche: _____

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann war das? _____

Gab es Operationen? Wo? Wann war das? _____

Unser Kind hat Impfungen erhalten. Welche? _____

In unserer Familie treten häufig bestimmte Krankheiten auf. Welche? _____

Was ich noch sagen muss – das „KLEINGEDRUCKTE“

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Ich sehe mich im Stande, die Kosten, d. h. das Praxis – Honorar und eventuelle Laborkosten meines Kindes zu bezahlen.

Lieber Patient,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nehmen Sie sich noch 2 Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgericht 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 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 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 meines Kindes abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, bei Nichterscheinen ohne vorherige telefonische oder schriftliche Absage eine Ausfallpauschale in Höhe von 20,00 € zu entrichten.



Naturheilpraxis Gisela Unbehaun

Amerikanische Chiropraktik
Homöopathie
Ausleitungsverfahren



Gisela Unbehaun
Heilpraktikerin

Zum Thema Abrechnung :

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

a.) Sind Sie gesetzlich versichert: entnehmen Sie bitte dem beigelegten Infoblatt unsere Preise.
Die Bezahlung des 1.Termines erfolgt in der Regel bar nach der Behandlung. Die Folgetermine werden in der Regel auch bar- oder nach Absprache mit uns am Monatsende auf Rechnung bezahlt. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenversicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.

b.) Sind Sie privat- oder zusatzversichert: erhalten Sie am Monatsende eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) Leider muss ich Sie darauf hinweisen, dass ich für eine volle Erstattung meiner Leistungen nicht garantieren kann.

Schüttorf, _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für das Ausfüllen!

Ihre Gisela Unbehaun