



**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 \_\_\_\_\_  
Fehllage/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           | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| Neurodermitis               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |               |
| Allergien                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |
| Kopfschmerzen               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |               |
| wie oft pro Woche ? _____   |                               |                             |               |
| Neurologischen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? _____ |

#### Unser Kind

- |                    |                             |                               |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| trägt eine Brille  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| hat den Mund offen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Aktuelle Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

### 6. Entwicklungsverzögerungen:

- |                                     |                             |                               |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Haltung und Bewegung                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sprache und Verständnis             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Konzentration, soziale Fertigkeiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### 7. Asymmetrie, Fehlhaltung

- |   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| Wir haben das sofort nach der Geburt gesehen                  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja                 |
| Wir haben das erst später gesehen                             | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, wann? _____    |
| Wir wurden darauf aufmerksam gemacht<br>(Arzt, Hebamme, etc.) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> 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               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | welchen weniger? _____ |
| bewegte beide Beine gleich              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | welches weniger? _____ |
| Das Gesicht ist auf einer Seite kleiner | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | rechts/links           |
| Der Hinterkopf ist einseitig flacher    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | rechts/links           |
| Unser Kind hat ein haarloses Gebiet     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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