

Anamnesebogen

Kinder

Bitte nehmen Sie sich Zeit beim Ausfüllen dieses Bogens. Die Informationen verschaffen mir ein Bild über den Gesundheitszustand Ihres Kindes und sind für die chiropraktische Behandlung in meiner Praxis von großer Bedeutung.

Herzlichen Dank, Ihre *Sara Pommerening*

Persönliche Daten Ihres Kindes

Name Straße, Nr.

Vorname PLZ/Ort

Geb. Telefon

E-Mail Mobil

Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name Vorname Geb.

Krankenversicherung

Selbstzahler Privatversicherung bei

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei

Versichert über wen

Allgemeine Angaben

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

War Ihr Kind schon einmal in chiropraktischer Behandlung? Nein Ja, zuletzt am
bei

Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung? Nein Ja, wegen:



Gesundheit Ihres Kindes bis heute

Häufig wiederkehrende Krankheiten oder Beschwerden?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

Ihr Kind hat / hatte (was und wann)

Brille	Nein	Ja, seit	Unfälle / Stürze
Schuheinlagen	Nein	Ja	Operationen
Absatzerhöhung	Nein	Ja	Knochenbrüche
Zahnsperre / Retrainer	Nein	Ja	Allergien / Unverträglichkeiten
Impfungen	Nein	Ja	
Sonstiges			

Aktueller Gesundheitszustand

Ihr Kind hat keine Beschwerden und ist aus prophylaktischen Gründen hier?

Kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind:

Seit wann hat Ihr Kind dieses Problem?

Tagen Wochen Monaten Jahren Schon immer

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, Orthopäde...)?

Frühere Therapien für dieses Problem

Hier finden Sie Ihr Kind heute wieder

Kopfschmerzen	Schlaflosigkeit	Hautprobleme	Nasenbluten
Gleichgewichtsstörung	Asthma	Rechtschreibprobleme	Appetitverlust
Integrationsstörung	Übermäßiges Schwitzen	Rechenprobleme	Gewichtsprobleme
Augenprobleme	Schwaches Immunsystem	Skoliose	Schleudertrauma
Koordinationsstörung	Blasenleiden	Schwindel	Verspannungen
Kiefergelenkprobleme	Verdauungsprobleme	Auffällige Ernährungsgewohnheiten	
Nebenhöhlenprobleme	Menstruationsbeschwerden	Alpträume	
Zahnprobleme	Schilddrüsenprobleme		

Das Alltägliche

Schlafstunden	Std. / Nacht	Elektrische Geräte	Std. / Tag
Wasser/Flüssigkeit	L / Tag	Spielstunde	Std. / Tag
Süßigkeiten	Portion / Tag	Sport	Std. / Woche
Hausaufgaben	Std. / Tag	Sportart	



Liebe Patientin, 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. 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 Beschwerde 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.“

NACHFOLGEND MÖCHTE ICH KURZ AUF IHRE VERSICHERUNG EINGEHEN:

Wenn Sie Selbstzahler sind, erfolgt die Bezahlung des Termins bar oder per EC-Lastschriftverfahren unmittelbar nach der Behandlung. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, welche die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt! Wenn Sie Privat- oder Zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Diese ist nach jeder Behandlung bar oder per EC-Lastschriftverfahren zu begleichen. Eine Erstattung der Behandlungskosten von Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht im vollen Umfang gewährleistet! Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen sich ggf. vorab bei Ihrer Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen,

Ihr Team der Chiropraxis Pommerening

Einverständniserklärung

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallpauschale in Höhe von 25,- Euro bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben. Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Chiropraxis Pommerening.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Name

Ort

Datum