



Sehr geehrte Eltern,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihr Kind und seine Krankengeschichte. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, den Fragebogen vollständig und gründlich zu beantworten.

Bitte beachten Sie dabei die 24 h - Absagefrist. Eine kostenfreie Stornierung eines gebuchten Termins ist **bis 24 h vor Ihrem Termin** (zuzüglich Wochenende und Feiertage) per Email möglich (info@chiropraktiksauerborn.de).

Mit der Buchung Ihres Termins erkennen Sie an, dass Ihnen bei Nichteinhaltung eines Termins die vorgesehene Zeit und Vergütung in Rechnung gestellt werden kann, es sei denn Ihr Fernbleiben war unverschuldet, in diesem Fall sind die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen und ggf. nachzuweisen.

Vor – und Nachname

Erziehungsberechtigte (r)

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Email

Telefon (Handy und/oder privat)

Name der Versicherung gesetzlich privat

1) Was bringt Sie mit Ihrem Kind zu mir?

Vorsorge

Beschwerden/Schmerzen

- 2) Wie äußern sich die Beschwerden genau?
- 3) Wurden bereits Röntgenbilder oder andere Aufnahmen gemacht? Wenn ja, wann und von welcher Körperregion?
- 4) Nimmt Ihr Kind Medikamente?
- 5) Wurden bereits Operationen durchgeführt?
- 6) Gab es bereits Stürze oder andere Unfälle?
- 7) Hat Ihr Kind schon Behandlungen aufgrund der Beschwerden erhalten? Wenn ja, von wem und wie häufig?

Schwangerschaft/Geburt

- 8) Handelte es sich um Ihre erste Schwangerschaft? Wenn nein, wie viele Geschwister hat Ihr Kind und wie alt sind diese?
- 9) Wie war Ihr Gesundheitszustand während der Schwangerschaft?
- 10) Haben Sie Genussmittel (Alkohol, Nikotin) während der Schwangerschaft zu sich genommen?
- 11) Mussten Sie während der Schwangerschaft Medikamente nehmen? Wenn ja welche und wofür?
- 12) In der wievielten Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt?

- 13) Hatten Sie Sorgen in Bezug auf die Schwangerschaft?
- 14) Handelte es sich bei der Geburt um eine natürliche Entbindung oder einen Kaiserschnitt?
- 15) Wurde die Geburt eingeleitet?
- 16) Wie lange dauerte die Geburt und wo fand diese statt?
- 17) Wurde eine PDA gemacht?
- 18) Wurden Hilfsmittel wie Zange oder Saugglocke eingesetzt?
- 19) In welcher Lage befand sich das Kind bei der Geburt?
- 20) Wie waren die Apgar Werte Ihres Babys?
- 21) Nennen Sie bitte Geburtsgewicht, Kopfumfang und Körpergröße Ihres Kindes:
- 22) Wer ist die betreuende Hebamme und wer der behandelnde Kinderarzt?

Säuglingszeit

- 23) Ist bei den Standarduntersuchungen (U1, U2, usw.) bereits etwas aufgefallen?
- 24) Kann oder konnte Ihr Kind den Kopf zu einer Seite besser drehen? Wenn ja, zu welcher?

- 25) Liegt Ihr Kind oft in einer „C – Kurve“ zu einer Seite?
- 26) Überstreckt sich Ihr Kind stark?
- 27) Ist Ihnen bereits eine Abflachung am Hinterkopf oder eine Asymmetrie des Gesichtes aufgefallen?
- 28) Kann Ihr Kind gut auf dem Bauch liegen?
- 29) Schreit Ihr Kind mehr als zwei Stunden täglich?
- 30) Wie oft ist Ihr Kind nachts wach?
- 31) Wird Ihr Kind ausschließlich gestillt oder bestehen Schwierigkeiten?
- 32) Lässt sich Ihr Kind auf beiden Seiten gleich gut stillen?
- 33) Wie regelmäßig hat Ihr Kind Stuhlgang? Täglich?
- 34) Hat Ihr Kind dabei erschwerten Stuhlgang oder leidet verstärkt unter Blähungen?
- 35) Spuckt Ihr Kind häufig?

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Aufklärung

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Erkrankungen biomechanischen Ursprungs. Vor allem bei der Behandlung von Säuglingen werden sehr sanfte Diagnose – und Behandlungsmethoden angewendet. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Risiken aufzuklären.

Werden Gelenke an Armen und Beinen chiropraktorisch korrekt behandelt, sind damit keine bekannten Risiken verbunden.

Studien zeigen, dass das Risiko einer Verletzung/Schädigung der Halswirbelsäulenschlagader durch eine chiropraktorische Manipulation der HWS extrem gering ist. Nur in 0,64 von 1.000.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass bei Patienten mit vorgeschädigten Blutgefäßen (Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht, Diabetes etc.) auch normales Alltagsverhalten zu einer solchen Komplikation führen könnte.

Die chiropraktorische Behandlung der Lenden- und Brustwirbelsäule ist ebenfalls sehr risikoarm. Nur in 1:100.000 Fällen könnte eine Nervenschädigung auftreten mit Schmerzausstrahlung, Gefühlsstörungen und/oder Lähmungserscheinungen. Dabei ist zu beachten, dass auch alltägliches Verhalten wie Husten, Niesen oder Bücken gleiche Folgen mit sich ziehen könnten. Diese Faktoren sind bei der Behandlung von Säuglingen auszuschließen.

Behandlungsreaktionen:

Nach der Behandlung treten manchmal innerhalb der ersten 48 Stunden muskelkaterähnliche Schmerzen auf. Diese Reaktion ist normal und ungefährlich und verschwindet in der Regel wieder schnell. Manche Kinder sind nach der Behandlung etwas unruhiger, andere haben das Bedürfnis sich mehr auszuruhen.

Einverständniserklärung:

Ich fühle mich ausreichend über die Risiken chiropraktorischer Behandlungen informiert. Ich habe die obigen Ausführungen dazu gelesen und bin mit der Behandlung meines Kindes einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Einverständniserklärung zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Behandler und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die ich erhebe. Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Ich bewahre Ihre Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und auch die Berichtigung dieser Daten zu verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)