

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 1 von 7

Name / Vorname des Kindes

Geburtsdatum (XX.XX.XXXX)

Name / Vorname des Erziehungsberechtigten

Straße / Haus-Nr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Krankenversicherung

Zusatzversicherung für Heilpraktikerleistungen

Ja

Nein

Behandelnder Kinderarzt

Gewicht des Kindes (g)

bei Geburt

aktuell

Größe des Kindes (cm)

bei Geburt

aktuell

Konsultationsgrund / Anliegen:

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 2 von 7

Schwangerschaft:

Spontane Schwangerschaft	Ja	Nein
Künstliche Befruchtung	Ja	Nein
Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Medikamente während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Unfall während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Stress während der Schwangerschaft	Ja	Nein
Vorzeitige Wehen	Ja	Nein

Anzahl bisheriger Geburten

Geburt:

Dauer der Geburt

0 – 3 Std.

4 – 6 Std.

7 – 11 Std.

12 – 18 Std.

länger

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 3 von 7

Komplikationen

Kaiserschnitt	Ja	Nein
geplant		
Notfall		
Saugglocke	Ja	Nein
Zange	Ja	Nein
Manuelle Hilfen (Arzt / Hebamme / Kristeller Handgriff)	Ja	Nein

APGAR	pH-Wert	Base Excess
/ /		

Kindslage

Schädellage	Nabelschnurumwicklung
Gesichtslage	
Beckenendlage	
Querlage	

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 4 von 7

War die Geburt zum errechneten Termin?	Ja	Nein
zu früh		
zu spät		
Wurde die Geburt eingeleitet?	Ja	Nein
Musste das Kind länger als gewöhnlich im Krankenhaus bleiben?	Ja	Nein
Wenn ja, warum?		
Wurde oder wird gestillt?	Ja	Nein
Gab oder gibt es Stillprobleme?	Ja	Nein
Wenn ja, welche?		

Die ersten Monate:

Häufiges Spucken / Erbrechen	Ja	Nein
Drei-Monats-Koliken	Ja	Nein
Blähungen / Verstopfungen	Ja	Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 5 von 7

Unklares Weinen	Ja	Nein
Einschlaf- / Durchschlafstörungen	Ja	Nein
Angeborene Erkrankungen Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Unfall / OP Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Kinderkrankheiten Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Mittelohrentzündung	Ja	Nein
Atemwegserkrankungen Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Blasen- / Nierenerkrankung Wenn ja, welche?	Ja	Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 6 von 7

Allergien Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Fieberkrämpfe	Ja	Nein
Impfungen Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Reaktionen auf Impfungen	Ja	Nein
Medikamente Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Familiäre Vorbelastung / Erkrankungen / Allergien Wenn ja, welche?	Ja	Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR SÄUGLINGE / KLEINKINDER

Blatt 7 von 7

Die ersten Monate:

Drehen vom Rücken auf den Bauch	ca. ab Lebensmonat
Robben	ca. ab Lebensmonat
Krabbeln	ca. ab Lebensmonat
Sitzen	ca. ab Lebensmonat
Stehen	ca. ab Lebensmonat
Laufen	ca. ab Lebensmonat

Sonstiges:

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

Blatt 8 von 8

Name / Vorname des Erziehungsberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überwiesenen Arzt und die Krankenkasse weitergegeben oder vermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein

Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt und die Behandlung damit nicht erfolgen kann.

- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Osteopathie Simon Brenneis
Hilpertstraße 20, 64295 Darmstadt

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Ich habe die „Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

PATIENTEN-AUFKLÄRUNG ZUR OSTEOPATHIE

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seiner Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht.

Anwendungsgebiete:

- Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der inneren Organe
- Funktionsstörungen des Nervensystems und des craniosacralen Systems

Gegenanzeigen/Kontraindikationen:

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung bei unsicherer, ungeklärter Diagnose kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- akuten Entzündungen
- Infektionserkrankungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Brüchen
- Tumorerkrankungen

- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontanen Hämatombildungen

Risiken bei der Behandlung können sein:

- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen
- Schlafstörungen
- Kurzfristige Symptom Verschlimmerung oder kurzes akut werden einer chronischen Entzündung
- Muskelkater ähnliche Schmerzen

Risiken der Wirbelsäulenbehandlung:

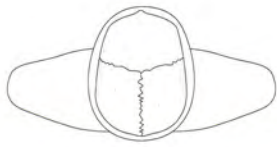
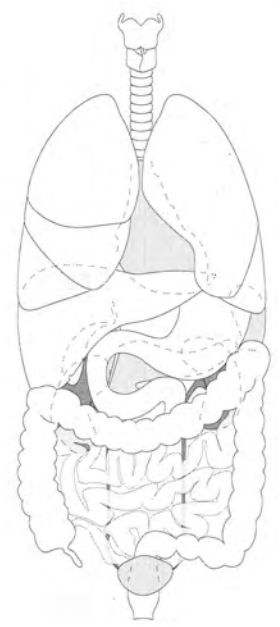
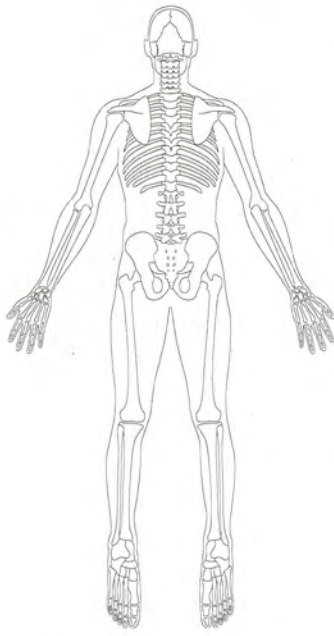
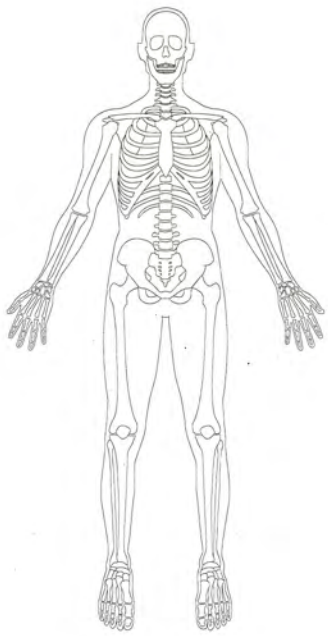
- Gelegentlich leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut
- In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1. 2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen bzw. Vorerkrankungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen

Hiermit erkläre ich, umfassend und verständlich, mündlich gemäß obigem Text durch Herr Brenneis, über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen. Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Name des Patienten

Datum

Unterschrift des Patienten



B

Datum

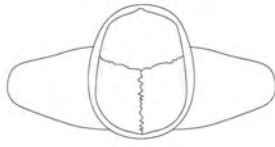
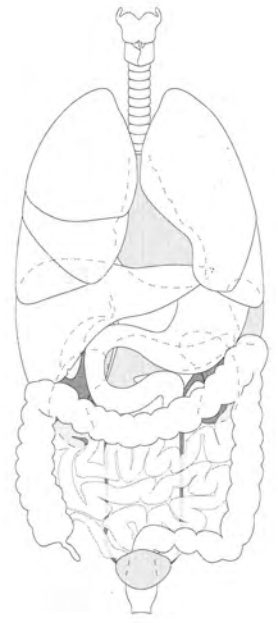
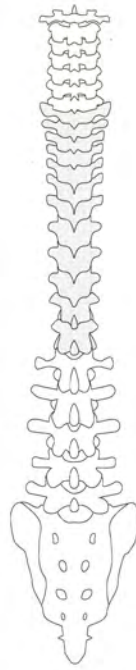
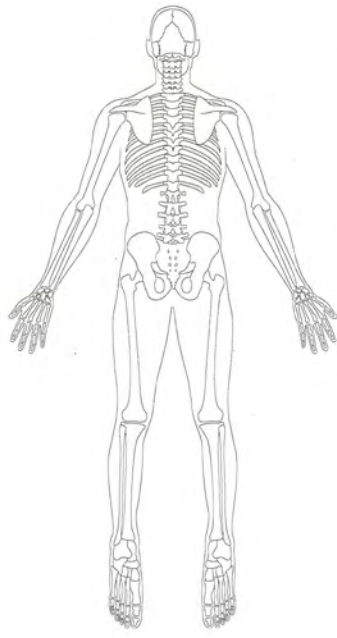
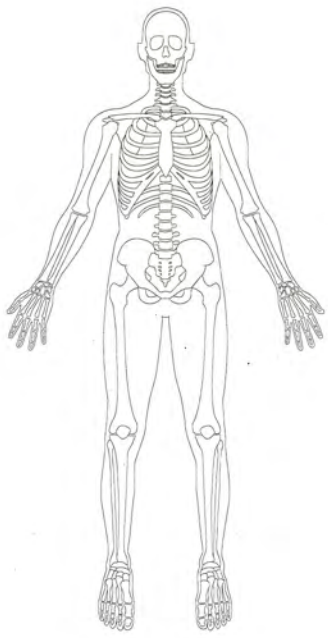


Red Flags



Yellow Flags

Lined writing area for notes.



B

Datum

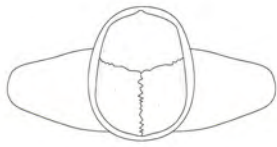
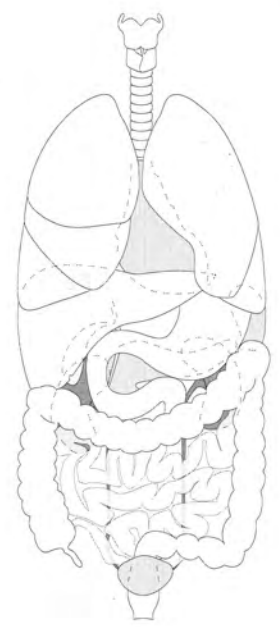
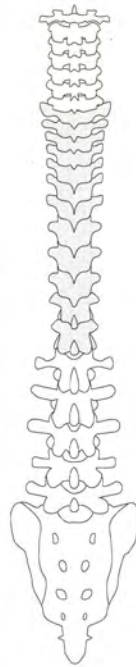
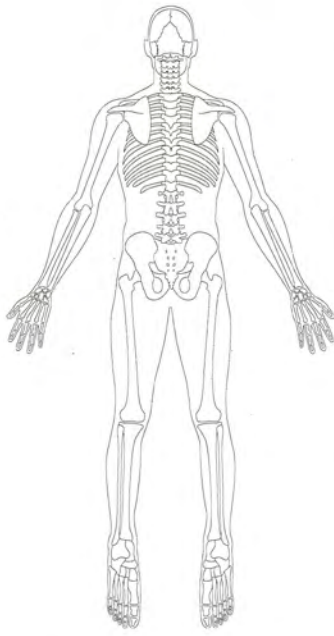
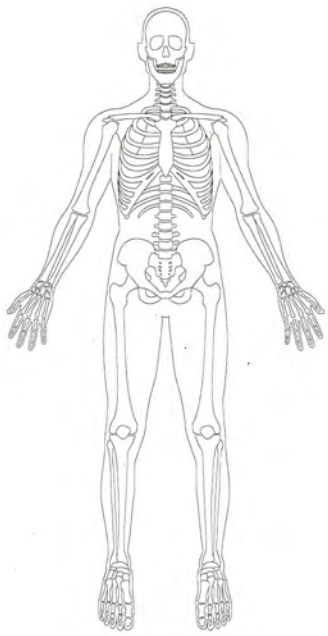


Red Flags



Yellow Flags

Lined writing area for notes.



B

Datum

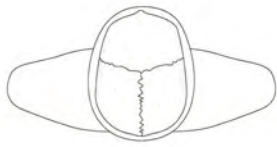
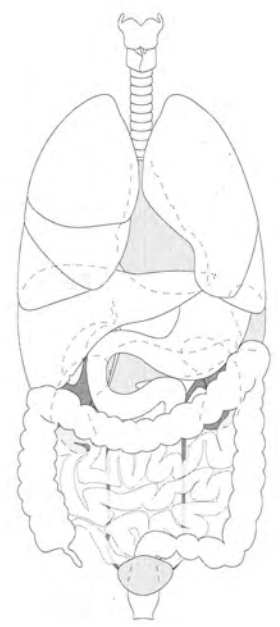
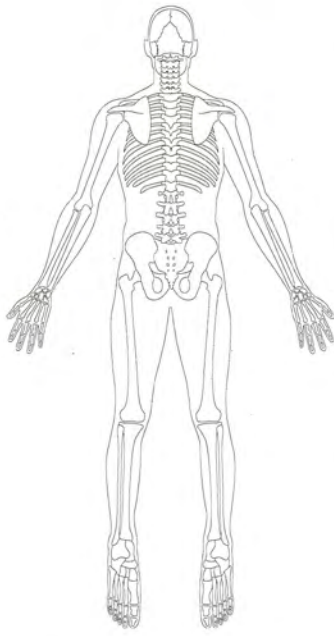
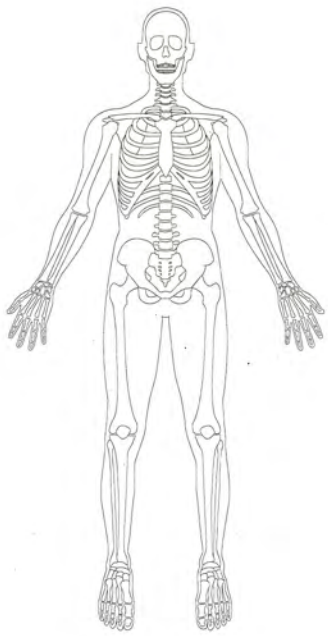


Red Flags



Yellow Flags

Lined writing area for notes.



B

Datum

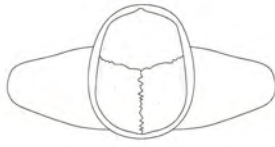
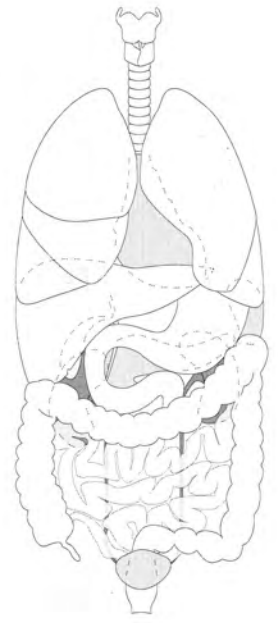
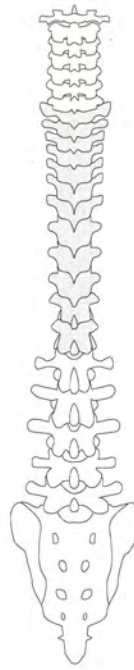
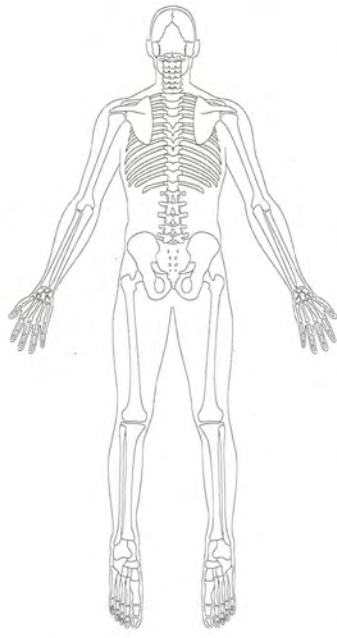
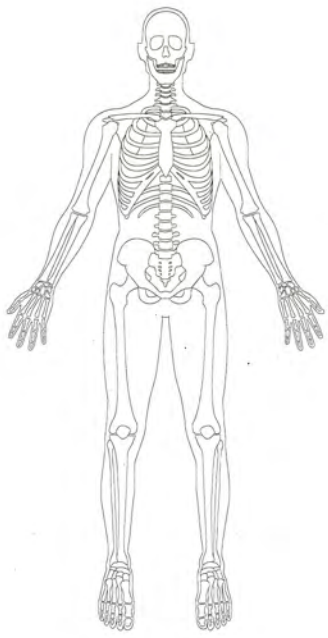


Red Flags



Yellow Flags

Lined writing area for notes.



B

Datum



Red Flags



Yellow Flags

Lined writing area for notes.