



Patienten-Fragebogen für Kinder bis zum 3. LJ

Vom Kind - Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Rechnungsempfänger (**Ein** Elternteil): _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ (Darf für Terminabsprachen verwendet werden)

E-Mail: _____ (wird für Terminerinnerungen genutzt)

1. Grund des Termins (bitte ankreuzen) ☐ Beschwerden ☐ zur Vorsorge

2. Bitte **beschreiben** Sie die Beschwerden Ihres Kindes:

3. Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

4. Wurde Ihr Kind bereits behandelt? ☐ Nein ☐ Ja, am: _____ wo? _____

5. Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein (welche)? _____

6. Wurden bei Ihrem Kind irgendwelche angeborenen Besonderheiten festgestellt? ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

7. Wann war die letzte Impfung? _____

8. Wie ernähren Sie Ihr Kind? ☐ durch Stillen ☐ durch Flaschennahrung ☐ feste Nahrung

9. Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Ihr Kind nimmt: _____

10. Gibt es Probleme mit Reflux / Erbrechen? ☐ ja ☐ nein ☐ ein wenig ☐ viel ☐ schwallartig

11. Gibt es Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten im Schlafverhalten? Bitte beschreiben Sie:

12. Nimmt Ihr Kind den Schnuller ☐ Ja ☐ Nein Bis wann benutzt? _____

13. Weint Ihr Kind aus unerklärlichen Gründen? ☐ ja ☐ nein Wieviele Stunden/ Tag? _____

14. Hat Ihr Kind Bauchschmerzen oder quält es sich beim Luft oder Stuhl abführen?

☐ nein ☐ ja



15. Wie lange dauerte die Geburt?

Vom Beginn regelmäßiger Wehen: _____ Austreibphase: _____

16. Was trifft bezüglich der Geburt Ihres Kindes zu? (Bitte zutreffendes ankreuzen)

☐ Frühgeburt, in der _____ Woche; errechneter Entbindungstermin: _____

☐ Übertragung, um _____ Tage

☐ Einleitung in der _____ Woche

☐ Saugglockengeburt ☐ Zangengeburt ☐ Beckenendlage ☐ Querlage

☐ Hinterhauptslage (Sterngucker)

☐ Kaiserschnitt: ☐ nein ☐ ja ☐ geplant

☐ Kristeller- Handgriff (wurde bei Ihnen auf den Bauch gedrückt?)

Hatte Ihr Kind bei Geburt: ☐ Hämatom ☐ Nabelschnur um den Hals ☐ Gelbsucht

Sonstiges:

17. Entwicklungsmeilensteine (bitte entsprechend ankreuzen)

☐ Lächeln ☐ Halten des Kopfes ☐ auf Bauch drehen ☐ auf Rücken drehen

☐ Robben - (symmetrisch ☐ ja ☐ nein) ☐ Krabbeln ☐ Sitzen (ohne Hilfe)

☐ Stehen (ohne Hilfe) ☐ Laufen (ohne Hilfe)

18. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Hiermit bestätige ich, dass die angegebenen Informationen vollständig und richtig sind. Ich verstehe, dass diese Angaben streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden und **nehme das Informationsblatt zum Datenschutz, das als Aushang zur Verfügung steht zur Kenntnis.**

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Ort/ Datum



Information

Innerhalb der ersten 24-72 Stunden nach der Behandlung kann es zu muskelkaterähnlichen Beschwerden kommen. Diese entstehen durch die Reaktion der Muskeln auf die neue Beweglichkeit und Statik des Körpers/der Gelenke. Diese Beschwerden können durch Kühlung (maximal 10min am Stück) verringert/verkürzt werden. Ebenfalls möglich sind Kopfschmerzen, Müdigkeit, leichter Schwindel und ein leichtes Instabilitätsgefühl, da das Nervensystem sich ebenfalls an die Veränderungen anpassen muss.

Werden chiropraktische Behandlungen durch einen qualifizierten Chiropraktoren durchgeführt, können körperliche Beschwerden biomechanischen Ursprungs risikoarm therapiert werden. Jedoch können nicht alle Risiken, trotz einer fachmännisch korrekt ausgeführten Behandlung, ausgeschlossen werden.

Bei bestehenden Bandscheibenvorfällen kann es in seltenen Fällen zu Irritationen der Nervenwurzel kommen. Symptome wie Schmerzen, Kribbeln, Taubheit, Lähmungen in Armen oder Beinen sind in solchen Fällen möglich. Sollten diese Symptome beim Husten, Niesen, Heben oder Sitzen auftreten, könnte eine stationäre Behandlung und ggf. eine Bandscheibenoperation notwendig sein.

Studien in den letzten Jahren haben gezeigt, dass kein erhöhtes Risiko eines Schlaganfalles nach einer fachmännisch durchgeführten chiropraktischen Behandlung besteht.

Trotz der geringen Risiken halte ich es für notwendig, Sie über diese zu informieren.

Falls es Ihrer Meinung nach individuelle Behandlungsrisiken geben könnte, bitte ich Sie diese hier aufzulisten:

- _____
- _____
- _____

Behandlungseinverständniserklärung:

Ich wurde ausreichend über die Risiken einer chiropraktischen Behandlung informiert. Ich habe die oben angegebenen Informationen gelesen und verstanden und willige einer Behandlung durch einen qualifizierten Chiropraktor in der Praxis Siena C. Rauskolb ein.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ort/ Datum

Unterschrift (des Erziehungsberechtigten)

Bitte wenden →



Honorarvereinbarung

Die Honorare werden nach dem Heilpraktiker Gebührenverzeichnis (GebÜH) erstellt und in Euro berechnet. Das GebÜH wurde von den Heilpraktikerverbänden 1985 erstellt und 2002 neu aufgefasst.

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob diese die chiropraktischen/ osteopathischen Leistungen **dieser Praxis** übernimmt. Je nach Krankenkasse und Tarif kann die Erstattung anders ausfallen und es kann i. d. R. zu Selbstbeteiligungen kommen.

Bei den **Privatversicherern oder Zusatzversicherungen** für Heilpraktiker prüfen Sie bitte Ihren Versicherungsvertrag oder fragen Sie bei Ihrer Versicherung direkt an, ob und in welcher Höhe chiropraktische/ osteopathische Leistungen erstattet werden. Auch Beihilfe und Postbeamtenkrankenkassen erstatten nicht alles.

Einige **gesetzliche Krankenkassen** bezuschussen einen gewissen Betrag im Jahr. Bitte fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob die ChiroPraxis Siena C. Rauskolb auf deren Liste steht. In jedem Fall wird empfohlen die Rechnungen einzureichen.

Bitte kreuzen Sie unten die zutreffende Versicherungsart an. **Bitte informieren Sie uns auch über Änderungen Ihres Versicherungsstatus vor der nächsten Behandlung.**

Die Informationen werden vertraulich behandelt und dienen nur zur internen Rechnungserstellung. Keine Informationen werden an Dritte weitergeleitet.

BITTE NUR EIN KREUZ SETZEN - Die Rechnung wird direkt nach der Behandlung per **Kartenzahlung** beglichen.

- ☐ Ich habe eine **Heilpraktikerzusatzversicherung**: (die Abrechnung erfolgt gemäß GebÜH)
Beachten Sie den Aushang im Wartezimmer mit den Ziffern und Preisen der GebÜH.
- ☐ Ich bin **privat versichert und/oder Beihilfe berechtigt**: (die Abrechnung erfolgt gemäß GebÜH).
Beachten Sie den Aushang im Wartezimmer mit den Ziffern und Preisen der GebÜH.
- ☐ **Postbeamtenkrankenkasse oder freie Heilfürsorge**
Die Rechnungsbeträge bei Zusatz- und Privatversicherten sowie Beihilfeberechtigten NICHT den Preisen, die für gesetzlich Versicherte gelistet sind.
- ☐ Ich bin **gesetzlich versichert ohne Heilpraktikerzusatzversicherung und ohne Beihilfe**: Kosten z.Zt. (Stand 01.01.2023) Erstkonsultation: 89,00€ Erwachsene; 69,00€ Kinder bis vervollständigtem 9. Lebensjahr; folgende Behandlungen: 65,00€ Erwachsene; 55,00€ Kinder bis vervollständigtem 9. Lebensjahr. **Beachten Sie den Aushang im Wartezimmer für mögliche Erstattungen oder Zuschüsse Ihrer gesetzlichen Krankenkasse o. VW-Unterstützungskasse. Angaben ohne Gewähr.**

Auf Anfrage erstellen wir Ihnen eine Zusammenfassung für das Finanzamt (nur bei gesetzlich Versicherten).

Mit Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie ausreichend über die Höhe unserer Honorare und die Möglichkeit einer Selbstbeteiligung informiert wurden. Rechnungen können rückwirkend nicht geändert werden.

Falls Sie einen Termin absagen müssen, geben Sie uns bitte spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin Bescheid. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mit €40,00 berechnet.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ort/ Datum

Unterschrift (des Erziehungsberechtigten)



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich (Elternteil/ Erziehungsberechtigter)

Vorname, Name

Geburtsdatum

als Träger der elterlichen Verantwortung meine **Einwilligung** in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Vorname, Name

Geburtsdatum

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der: ChiroPraxis Siena C. Rauskolb, Sauerbruchstr. 13, 38440 Wolfsburg (Hauptstelle).

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung/ Speicherung der Daten des Kindes zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Falls die E-Mail Adresse nicht zur Terminerinnerung genutzt werden darf, setzen Sie hier bitte ein Kreuz ☐

Ort, Datum

Unterschrift des Trägers der elterlichen Verantwortung

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: ChiroPraxis Siena C. Rauskolb, Sauerbruchstr. 13, 38440 Wolfsburg; Fon 05361/84 80 820