

## Sehr geehrte Eltern

vielen Dank für Ihr Vertrauen in unser Therapiezentrum. Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann möchten wir Sie vor Beginn der Behandlung mit unserer Praxisorganisation bekannt machen.

- **Sie haben die Möglichkeit einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen.** Montagstermine müssen bereits am Freitag zuvor storniert werden. Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen wir den Terminausfall pro Behandlungseinheit privat in Rechnung. (Diese Regelung ist auch im Falle „höherer Gewalt“ gültig)
- **Die Behandlung findet im WIRKRAUM** (Forststraße 186, 70193 Stuttgart) statt
- **Bitte bringen Sie zur Behandlung ein frisches Badehandtuch und ein oder zwei Lieblingsspielzeuge** Ihres Kindes mit.
- **Die Behandlungskosten werden bei jeder Behandlung fällig und sind in bar oder per EC-Karte zu zahlen.** Nach Abschluss der Behandlung bekommen Sie eine Rechnung über den Gesamtbetrag unserer Leistungen. Diese Rechnung können Sie dann ggf. bei Ihrer Krankenkasse einreichen um von dieser den erstattungsfähigen Betrag erstattet zu bekommen.
- **Um Ihrer Problematik bestmöglich und gezielt zu behandeln werden wir bei Ihrem ersten Termin** einen ausführlichen Befund erheben.
- **Für privat Krankenversicherte, privat Zusatzversicherte und Selbstzahler ist unser Honorar bindend.** Behandlungen werden nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker abgerechnet. Je nach Behandlung bewegen sich die Gebühren zwischen 75.- € und 85.- € pro Stunde. Privatversicherungen und private Zusatzversicherungen übernehmen diese Kosten ganz oder teilweise. Die Höhe der Kostenübernahme richtet sich nach Ihrem gewählten Tarif und ist eine Vertragsleistung zwischen Ihnen und Ihrer Krankenkasse.

Die vorstehenden Bedingungen zur Praxisorganisation habe ich gelesen und erkläre mich einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten meines Kindes

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten meines 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 die Verantwortliche erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Trägerin/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 die Verantwortliche grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Heike Schaible, Heilpraktikerin/Osteopathin Bsc, Fritz-Reuter-Straße 17, 70193 Stuttgart

Bitte bringen Sie diese Einwilligung zur Behandlung mit.

Nachname des Kindes \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Dat.: \_\_\_\_\_ Krankenversicherung des Kindes \_\_\_\_\_

Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viel wie möglich an Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Viele der gewünschten Informationen stehen im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheftchen Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

Mein Kind kommt zur Osteopathie weil: \_\_\_\_\_

Name/Vorname der Mutter \_\_\_\_\_ Geb. Dat.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

**1.) Schwangerschaft und Geburt**

Wie alt waren Sie bei der Entbindung? \_\_\_\_\_ Jahre

Haben Sie mehrere Kinder?  nein  ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Natürliche Schwangerschaft?  ja  nein, In-vitro-Fertilisation (IVF, ICSI)

Nahmen Sie während der Schwangerschaft Medikamente? (z.B. Antibiotika, Narkosemittel, Insulin, Wehenhemmer, Blutdruckmittel, etc.) ?  nein  ja, folgende \_\_\_\_\_

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) haben Sie entbunden? \_\_\_\_\_ SSW (Regelentbindung um die 40.SSW)

Wenn kürzer, warum? \_\_\_\_\_

Wenn länger, warum? \_\_\_\_\_

Wie haben Sie entbunden?  normal  Kaiserschnitt geplant  Kaiserschnitt ungeplant  
 Zangengeburt  Saugglocke  Mehrlingsgeburt

Wurde die Geburt eingeleitet?  nein  ja, mit \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden durch Narben?  Dammschnittnarbe  Kaiserschnittnarbe

Wie lange hatte die Geburt ab der Muttermundöffnung gedauert? ca. \_\_\_\_\_ Stunden

Ihre persönliche Einschätzung für die Dauer:  zu lang  zu kurz  schnelle Geburt

Gewicht des Säuglings: \_\_\_\_\_ g Größe des Säuglings: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Apgarwert: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Verringertes Fruchtwasser?  nein  ja, Warum? \_\_\_\_\_

welche Lage hatte Ihr Kind bei der Entbindung?

Kopflage  Stirnlage  Hinterhauptslage  Gesäßlage

andere abnormale Kindslage: \_\_\_\_\_

Kam es zu einer Notsituation (z.B. Beatmung, Intubation)?  ja  nein

Sind Verletzungen durch die Geburt bekannt? (z.B. Schlüsselbeinfraktur, Nervenschädigung am Hals-Plexus Lähmung)?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind sofort geschrien?  ja  nein

Haben sie Ihr Kind sofort an die Brust anlegen können und hat es sofort gesaugt?  ja  nein

Wurden Sie mit Ihrem Kind entlassen?

ja  nein, weil  Frühgeborenen-Intensiv  Behandlung in Kinderklinik

Stillen Sie Ihr Kind?  ja  nein, weil \_\_\_\_\_

Wie reagiert Ihr Kind nach der Nahrungsaufnahme?  häufiges spucken  starke Blähungen

Wurde Ihr Kind geimpft?  nein, noch nicht  ja, folgende Impfungen \_\_\_\_\_

**2.) Auffälligkeiten**

- |   |                          |                            |                          |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Schläft Ihr Kind gut ein?                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Einschlafdauer _____ min |
| Wacht Ihr Kind oft auf?                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Wie oft _____ Mal        |
| Existiert eine bestimmte Schlafhaltung?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche _____             |
| Gibt od. gab es Stillschwierigkeiten?     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | rechts / links           |
| Trinkt/isst Ihr Kind wenig od. schlecht?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                          |
| Sabbert od. spuckt Ihr Kind viel?         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                          |
| Haben/hatten Sie ein Schreikind?          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                          |
| Hat/hatte Ihr Kind „Drei-Monats-Koliken“? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                          |

**3.) Sonstige Gesundheitsprobleme: mein Kind**

- |   |                          |                            |                          |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| leidet an Rachenwegsinfektionen           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                          |
| leidet an Neurodermitis                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Seit _____               |
| leidet an Allergien                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? _____            |
| leidet an Kopfschmerz                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Seit _____               |
| Leidet an einer neurologischen Erkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? _____            |
| trägt eine Brille                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Seit _____               |
| trägt eine Zahnsperre                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Seit _____               |
| ist in kieferorthopädischer Behandlung    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Seit _____               |
| trägt Einlagen                            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Seit _____ re / li _____ |

**4.) Liegen Entwicklungsverzögerungen vor?**

- |                                    |                          |                            |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Haltung und Bewegung               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sprache und Verständnis            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Konzentration, soziale Fähigkeiten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

**5.) Liegen Asymmetrien oder Fehlhaltungen vor?**

- |  |                          |                            |                        |
|--|--------------------------|----------------------------|------------------------|
| Wir haben schon nach der Geburt gesehen  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____                  |
| Wir wurden von Arzt/Hebamme, Krankengymnastin<br>darauf aufmerksam gemacht                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____                  |
| Uns fiel besonders Folgendes auf: _____<br>(Schiefer Kopf, Rumpf, Bein- od. Armhaltung etc.) |                          |                            |                        |
| Das Kind schaut nur nach   | Rechts                   | Links                      |                        |
| Das Kind dreht sich nur nach   | Rechts                   | Links                      |                        |
| Das Kind bewegt bd. Arme gleich  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welches weniger? _____ |
| Das Kind bewegt bd. Beine gleich   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welches weniger? _____ |
| Der Hinterkopf ist eindeutig flach   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Rechts / Links         |
| Das Kind hat ein haarloses Gebiet  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Rechts / Links         |

**6.) Bisherige Therapien z.B. Osteopathie; Krankengymnastik, Logopädie.....**

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Operationen oder/und Unfälle                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Welche _____ wann: _____                      |                          |                            |
| Wer hat Sie überwiesen? _____                 |                          |                            |
| Name und Anschrift des Kinderarztes (Tel.Nr.) |                          |                            |
| _____   |                          |                            |

Wurde ein Geschwisterkind hier schon behandelt?  ja  nein Name: \_\_\_\_\_