

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.

- **Behandlungstermine die Sie nicht einhalten können sollten spätestens 24 Stunden vor dem Termin absagt werden** (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) (§§ 615, 304 BGB).
- **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 85.- € und 95.- € 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? O nein O ja, wie viele? _____

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

Nahmen Sie während der Schwangerschaft Medikamente? (z.B. Antibiotika, Narkosemittel, Insulin, Wehenhemmer, Blutdruckmittel, etc.) ? O nein O 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? O normal O Kaiserschnitt geplant O Kaiserschnitt ungeplant

 O Zangengeburt O Saugglocke O Mehrlingsgeburt

Wurde die Geburt eingeleitet? O nein O ja, mit _____

Haben Sie Beschwerden durch Narben? O Dammschnittnarbe O Kaiserschnittnarbe

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

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

Gewicht des Säuglings: _____ g Größe des Säuglings: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Apgarwert: ____/____/____ Verringertes Fruchtwasser? O nein O ja, Warum? _____

welche Lage hatte Ihr Kind bei der Entbindung?

 O Kopflage O Stirnlage O Hinterhauptslage O Gesäßlage

 andere abnormale Kindslage: _____

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

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

 O nein O ja, welche? _____

Hat Ihr Kind sofort geschrien? O ja O nein

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

Wurden Sie mit Ihrem Kind entlassen?

 O ja O nein, weil O Frühgeborenen-Intensiv O Behandlung in Kinderklinik

Stillen Sie Ihr Kind? O ja O nein, weil _____

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

Wurde Ihr Kind geimpft? O nein, noch nicht O ja, folgende Impfungen _____

2.) Auffälligkeiten

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

3.) Sonstige Gesundheitsprobleme: mein Kind

- | | | | |
|---|------|--------|--------------------------|
| leidet an Rachenwegsinfektionen | O ja | O nein | |
| leidet an Neurodermitis | O ja | O nein | Seit _____ |
| leidet an Allergien | O ja | O nein | Welche? _____ |
| leidet an Kopfschmerz | O ja | O nein | Seit _____ |
| Leidet an einer neurologischen Erkrankung | O ja | O nein | Welche? _____ |
| trägt eine Brille | O ja | O nein | Seit _____ |
| trägt eine Zahnsperre | O ja | O nein | Seit _____ |
| ist in kieferorthopädischer Behandlung | O ja | O nein | Seit _____ |
| trägt Einlagen | O ja | O nein | Seit _____ re / li _____ |

4.) Liegen Entwicklungsverzögerungen vor?

- | | | |
|------------------------------------|------|--------|
| Haltung und Bewegung | O ja | O nein |
| Sprache und Verständnis | O ja | O nein |
| Konzentration, soziale Fähigkeiten | O ja | O nein |

5.) Liegen Asymmetrien oder Fehlhaltungen vor?

- | | | | |
|--|--------|--------|------------------------|
| Wir haben schon nach der Geburt gesehen | O ja | O nein | _____ |
| Wir wurden von Arzt/Hebamme, Krankengymnastin
darauf aufmerksam gemacht | O ja | O nein | _____ |
| Uns fiel besonders Folgendes auf: _____
(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 | O ja | O nein | Welches weniger? _____ |
| Das Kind bewegt bd. Beine gleich | O ja | O nein | Welches weniger? _____ |
| Der Hinterkopf ist eindeutig flach | O ja | O nein | Rechts / Links |
| Das Kind hat ein haarloses Gebiet | O ja | O nein | Rechts / Links |

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

_____ von _____ bis _____

- | | | |
|---|------|--------|
| Operationen oder/und Unfälle | O ja | O nein |
| Welche _____ wann: _____ | | |
| Wer hat Sie überwiesen? _____ | | |
| Name und Anschrift des Kinderarztes (Tel.Nr.) | | |
| _____ | | |

Wurde ein Geschwisterkind hier schon behandelt? O ja O nein Name: _____