



# Anamnesebogen für Kinder

## **Persönliche Daten Ihres Kindes**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## **Krankenversicherung**

Gesetzlich: \_\_\_\_\_

Privat: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung für Heilpraktiker: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass wir unsere erbrachten Leistungen direkt im Anschluss mit Ihnen abrechnen. Eine Bezahlung ist nur in bar oder per EC-Zahlung möglich. Bitte informieren Sie sich über unsere Preise.

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob und bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt..

## **Allgemeine Angaben**

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Freunde - Bekannte - Zeitung - Internet/Homepage - Flyer - Visitenkarten - Sonstiges

War Ihr Kind schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein - Ja,

zuletzt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_.

Ist Ihr Kind momentan bei anderen Therapeuten in Behandlung?

Nein - Ja,

wegen \_\_\_\_\_

Warum ist dieses Formular so wichtig?

In meiner Praxis für amerikanische Chiropraktik richte ich meinen Focus auf die Gesundheit Ihres Kindes. Funktionelle Beschwerden des Bewegungsapparates können ganz unterschiedliche Ursachen haben und somit die Gesundheit nachhaltig negativ beeinflussen. Ursachen finden sich auf der physischen, biochemischen oder auch emotionalen Ebene. Um mir ein konkretes Bild von der Gesundheit Ihres Kindes machen zu können, bedarf es der Beantwortung nachstehender Fragen.

## **Schwangerschaft und Geburt**

Die wievielte Schwangerschaft \_\_\_\_\_

Ihr Kind wurde in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche geboren.

## **Die Geburt**

Es gab Komplikationen/Besonderheiten während der Schwangerschaft:

|                                                     |                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------|
| Ihr Kind war eine Beckenendlage/Steißlage           | Ja - Nein - weiß nicht |
| Die Geburt wurde eingeleitet                        | Ja - Nein - weiß nicht |
| Während der Geburt wurde auf den Bauch gedrückt     | Ja - Nein - weiß nicht |
| Die Geburt war eine Mehrlingsgeburt                 | Ja - Nein - weiß nicht |
| Die Geburt war ein Kaiserschnitt                    | Ja - Nein - weiß nicht |
| Die Geburt war mit Hilfsmitteln (Zange, Saugglocke) | Ja - Nein - weiß nicht |
| Ihr Kind hatte Geburtsverletzungen                  | Ja - Nein - weiß nicht |
| Sonstige Komplikationen?                            |                        |

## **Das Säuglingsalter**

|                                                 |                        |
|-------------------------------------------------|------------------------|
| Ihr Kind wird/wurde gestillt                    | Ja - Nein - weiß nicht |
| Ihr Kind hat/hatte eine Lieblingsseite          | Ja - Nein - weiß nicht |
| Ihr Kind bewegt beide Arme gleich               | Ja - Nein - weiß nicht |
| Ihr Kind bewegt beide Beine gleich              | Ja - Nein - weiß nicht |
| Ihr Kind dreht den Kopf lieber in eine Richtung | Ja - Nein - weiß nicht |
| Hier finden Sie Ihr Kind als Säugling wieder:   |                        |

Stillprobleme Schlafprobleme - überstreckte Haltung - Kopfschiefhaltung -  
Unreife Hüftentwicklung - Haarlose Stellen am Kopf - Augenprobleme -  
Keine Bauchlage - Fußfehlstellung - Schreikind - 3 Monatskoliken - spuckt viel

## Klein- und Schulkindalter

|                                         |                        |
|-----------------------------------------|------------------------|
| Schwierigkeiten beim Robben             | Ja - Nein - weiß nicht |
| Schwierigkeiten beim Krabbeln           | Ja - Nein - weiß nicht |
| Schwierigkeiten beim Laufen             | Ja - Nein - weiß nicht |
| Probleme in Kindergarten/Schule         | Ja - Nein - weiß nicht |
| soziale Entwicklungsverzögerungen       | Ja - Nein - weiß nicht |
| Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten  | Ja - Nein - weiß nicht |
| Sprach- und Verständnisverzögerungen    | Ja - Nein - weiß nicht |
| Konzentrations- und Lernschwierigkeiten | Ja - Nein - weiß nicht |

## Die Gesundheit Ihres Kindes bis heute

Welche nennenswerten Krankheiten hatte Ihr Kind?

---

Häufig wiederkehrende Krankheiten und Beschwerden

---

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? (Tabletten, Tropfen, Sprays)

---

Welche Krankheiten kommen gehäuft in Ihrer Familie vor?

---

Ihr Kind hat/hatte (wo und wann?)

Unfälle/Stürze:

---

Operationen:

---

Knochenbrüche:

---

Krebserkrankungen:

---

Allergien/Unverträglichkeiten:

---

Schuheinlagen:

Nein - Ja, links - Ja, rechts

Absatzerhöhung:

Nein - Ja

Zahnspangen/Retainer:

Nein - Ja

Impfungen:

Nein - Ja, und zwar:

---

Sonstiges: 

---

## **Aktueller Gesundheitszustand**

Mein Kind hat keine Beschwerden und ist aus vorsorglichen Gründen in der Praxis.

Kurze Erläuterung, warum Ihr Kind heute in meiner Praxis ist:

---

Seit wann hat Ihr Kind dieses Problem?

Tagen - Wochen - Monaten - Jahren - schon immer

Das Problem verschlimmert sich, wenn

Das Problem verbessert sich, wenn

Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (Röntgen, CT, MRT, Orthopädie, ....)

---

Frühere Therapien für dieses Problem:

---

Hier finden Sie Ihr Kind heute wieder:

Kopfschmerzen - Augenprobleme - Asthma - Schwindel - Nasenbluten -  
Entzünd. der Nasennebenhöhlen - Verspannungen - Ängste - Alpträume -  
Kontaktscheu - Gleichgewichtsstörungen - schwaches Immunsystem -  
Muskelprobleme - Gewichtsprobleme - Zahnprobleme - Häufige Blockaden -  
Veränd. Stuhlgewohnheiten - Sehstörungen - Konzentrationsstörungen  
Rückenschmerzen - Kieferprobleme - Schleudertrauma - Hautprobleme -  
Schlaflosigkeit

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich

---

Vorname, Name Geburtsdatum  
als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten  
von

---

Vorname, Name Geburtsdatum

im Zusammenhang mit der Behandlung in der Praxis der/des datenschutzrechtlich verantwortlichen  
Heilpraktikerin/Heilpraktikers:

**Dirk Lohmeier, Heilpraktiker für Chiropraktik, Hauptstr. 48, 31559 Haste**

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten 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.
- Ich bin damit einverstanden, dass Terminabsprachen auch über WhatsApp durchgeführt werden.
- Mit der Übermittlung von Unterlagen insbesondere Befunde und Untersuchungsergebnisse per Mail erkläre ich mich einverstanden.
- 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

---

Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

### 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:

**Dirk Lohmeier, Heilpraktiker für Chiropraktik, Hauptstr. 48, 31559 Haste**



## **Abrechnungsformalitäten**

Sehr geehrter Patient,

Mit Ihrem Wunsch, sich in meiner Praxis behandeln zu lassen, gehen Sie nach § 630 BGB einen Behandlungsvertrag ein und sind somit zahlungspflichtiger Vertragspartner.

a) Bitte beachten Sie, dass wir unsere erbrachten Leistungen direkt im Anschluss mit Ihnen abrechnen. Eine Bezahlung ist nur in bar oder per EC-Zahlung möglich.

b) Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Tipp: Erkundigen Sie sich bei Ihrer Versicherung nach einer Zusatzversicherung, diese wird dann Ihre Kosten je nach Tarif anteilig oder auch vollständig übernehmen.

c) Sind Sie privat oder zusatzversichert erhalten Sie eine Rechnung laut Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH)

**Bitte beachten Sie, dass einige private Krankenkassen eigene Richtlinien haben, die dazu führen können, dass nicht alle Leistungen in vollständiger Höhe übernommen werden können. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.**

### **Anmerkung:**

Meine Behandlungen, sowohl diagnostisch als auch therapeutisch unterliegen konzeptionellem Denken und dienen Ihrer Gesundheit. Alle getroffenen Massnahmen basieren auf langjähriger Erfahrung und werden stets individuell Ihren Beschwerden angepasst.

### **Thema Terminvereinbarung:**

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24 Stunden vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB, §252, berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

---

Ort, Datum, Unterschrift

Auch dies müssen wir erwähnen und ist wichtig für Sie zu wissen .....

## **Aufklärungspflicht**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die im Rahmen der therapeutischen Arbeit genutzten sanften Techniken der amerikanischen Chiropraktik beherbergen ein Mindestmass an Risiken.

Dennoch bin ich vom Gesetzgeber her verpflichtet, Sie über die Gefahren von chiropraktischen Anwendungen aufzuklären.

Bitte lesen Sie sich in Ruhe die folgenden Zeilen durch. Danke.

### **1. Urteil des OLG Düsseldorf vom 08.07.1993 302/91**

**„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Interventionen ist aufzuklären“:  
In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss,  
dass es in seltenen Fällen trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.**

### **2. Urteil des OLG Stuttgart vom 20.02.1997 14U 44/96**

**„Ein Heilbehandler (Heilpraktiker, Arzt, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen (chiropraktischen) Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne.**

**Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann.**

**Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“**

Ich wurde über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchzuführenden Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgehoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten.

---

Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigten)