

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient und liebe Eltern,

ich möchte Sie im Vorwege bitten, für eine genaue Erstanamnese Ihres Kindes einige Informationen über den Gesundheitszustand, mit Befunden und Zeitpunkten zusammenzutragen. Diese Vorarbeit verkürzt die Zeit der Befundaufnahme und Ursachensuche erheblich, und wir können uns gleich während Ihrer ersten Konsultation der Behandlung der Beschwerden Ihres Kindes widmen. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an, markieren Sie die Bereiche, zu denen Sie Fragen haben und lassen Sie die nicht zutreffenden Bereiche frei. Bitte bringen Sie folgendes soweit vorhanden mit: Gelbes Untersuchungsheft, Impfpass, Röntgenpass, Befunde (Blut, MRT, CT...), sowie alle Medikamente, welche Ihr Kind zurzeit einnimmt. Bitte geben Sie die Beschwerden Ihres Kindes, falls es Ihnen möglich ist, mit einer genaueren Beschreibung an z.B.: Mit einer Benotung von 1-10: 1 bedeutet fast nichts, 5 bedeutet gerade aushaltbar und 10 bedeutet der schlimmst mögliche Zustand.

Gerne ergänzen Sie auch z.B.: Oft, selten, manchmal oder 1x im Monat, Ort der Beschwerden usw. .

Vielen Dank

Regina Köhler

Persönliche Daten des Kindes / des Jugendlichen:

Name:

Name des Kinderarztes:

Andere Therapeuten:

Mein Kind geht regelmäßig zu ärztlichen Kontrollen beim:

- HNO:
- Orthopäden/Kieferorthopäden:

Geburtsdatum:

letzter Besuch beim Kinderarzt:

- Augenarzt:
- weitere Fachärzte:

Sozial Anamnese

Name des Vaters:

Name der Mutter:

Mein Kind geht in die Klasse.

Anzahl / Namen & Alter der Geschwister (auch Fehlgeburten):

Beruf des Vaters:

Beruf der Mutter:

Mein Kind geht in den Kindergarten.

Allgemeine Anamnese

Das Alter meines Kindes:

Das Gewicht meines Kindes:

Der Stuhlgang des Kindes ist:

Mein Kind isst Obst/Gemüse: /tägl.

Mein Kind ist im Internet/Handy/Laptop: Std./Tag

Mein Kind nimmt Drogen

Die Größe meines Kindes:

Die tägliche Trinkmenge meines Kindes ist: l.

Der Appetit meines Kindes ist:

Mein Kind macht Sport: /wöch.

Mein Kind raucht Zigaretten: /tägl.

Mein Kind trinkt Alkohol:

Akute Beschwerden des Kindes – Bitte nennen Sie jetzt den Grund für die Kontaktaufnahme:

(Sollte der Platz hierfür nicht reichen, benutzen Sie bitte ein gesondertes Papier)

- Das akute Auftreten der Beschwerden ist seit:
- Der allererste Zeitpunkt des Auftretens der Beschwerden war:
- Die erstauslösenden Umstände / Ursachen waren:
- Folgendes löst seine Beschwerde jetzt aus:
- Folgendes lindert seine Beschwerden:
- Folgendes verstärkt seine Beschwerden:
- Folgende Begleiterscheinungen stelle ich /mein Kind fest: „immer wenn ... !“:
- Seine Beschwerden kommen regelmäßig:

Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt, Kindheit und Jugend

Situation der Mutter:

- Anzahl der Zahnfüllungen (Amalgam) während der Schwangerschaft (vorher/Ausleitung?):
- Die Mutter hatte Gehirnerschütterungen (Anzahl/Zeitpunkt):
- Toxische Belastung (Chemikalien, Beruf, Hobbys):
- Bekannte Infektionskrankheiten der Mutter (Borellien, Barbesien...):
- emotionale Einstellung zur Empfängnis (Wunschkind):
- Erkrankungen während der Schwangerschaft:
- Beziehung der Mutter zur Oma und Familie während der Schwangerschaft:

Situation des Vaters:

- Toxische Belastung (Chemikalien, Beruf, Hobbys):
- emotionale Einstellung zur Empfängnis (Wunschkind):
- Bekannte Krankheiten/Infektionskrankheiten:

Mein Kind hat / hatte folgende Erkrankungen / Beschwerden

(Bitte mit Zeitpunkt – Raum für ausführlichere Beschreibung siehe unten):

- Mein Kind hat / hatte folgende Schmerzen:
- Mein Kind hat / hatte folgende Herzkreislauf Beschwerden:
- Mein Kind hat / hatte Krebs:
- Mein Kind hat / hatte folgende chronische Krankheiten:
- Mein Kind hat / hatte folgende Infektionskrankheiten:
- Bei meinem Kind wurde bereits festgestellt:
 - HPU/KPU: ADHS/ADS: Autismus: Legasthenie:
 - Diabetes mellitus: Rheuma:
- Mein Kind hat / hatte folgende Allergien:
- Mein Kind hat / hatte folgende Autoimmunkrankheiten:
- Mein Kind hat / hatte folgende Unverträglichkeiten (Lebensmittel):
- Mein Kind hat / hatte HNO/ Atemwegsbeschwerden:
 - Infektanfälligkeit: Asthma: Heuschnupfen:
 - Mein Kind hat / hatte Verdauungsbeschwerden:
 - Durchfälle: Verstopfung: Blähungen: Erbrechen:
 - Übelkeit/Appetitmangel:
 - Mein Kind hat / hatte Hautbeschwerden:
 - Juckreiz: Neurodermitis: Warzen: Schuppenflechte:
 - Akne: Mykosen: Hautveränderungen:
 - Mein Kind hat / hatte Beschwerden des Nervensystems:
 - Gehirnerschütterungen (Bitte mit Zeitpunkt): Kopfschmerzen:
 -
 -

Mein Kind hat folgende Kinderkrankheiten durchlebt:

- Mumps: Masern: Röteln: Windpocken:
- Diphtherie: Röteln: Krupphusten: Pseudokrupp:
- Keuchhusten: Scharlach: Anzahl der Antibiosen:
- chronische Mandelentzündung mit Streptokokken:
- Mittelohrentzündungen: Sonstige Infektionen:

Mein Kind bekam folgende Impfungen (Bitte Komplikationen wie Fieber, Rötung der Haut... angeben):

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mein Kind hatte folgende Operationen (mit Zeitpunkt):

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> HNO OP Polypen/Röhrchen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Die bekannten Diagnosen/Laborwerte/Diagnostik/CT/MRT meines Kindes der letzten Zeit sind:

-

Mein Kind nimmt folgende Medikamente regelmäßig oder unregelmäßig ein: (Bitte mitbringen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafmittel: | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel: |
| <input type="checkbox"/> Abführmittel: | <input type="checkbox"/> Pille zur Verhütung: |
| <input type="checkbox"/> Ritalin o.ä.: | <input type="checkbox"/> |

Mein Kind lebt mit folgenden Umständen, die evtl. belastend wirken:

- Mein Kind hat / hatte Amalgam Füllungen (Anzahl/Ausleitung):
- Folgende wohnbedingte/schulische Toxin Belastungen meines Kindes sind bekannt:
- Mein Kind hat / hatte Zeckenbisse / Borreliose:
- Mein Kind hatte Hunde / Katzen / Vogel / Tierkontakte:
- Mein Kind hat / hatte folgende Auslandsaufenthalte in der letzten Zeit:
- Mein Kind hat / hatte folgende Infektionskrankheiten in seinem Umfeld:

Erläuterungen zur Empfängnis meines Kindes:

- Das Kind wurde durch künstliche Befruchtung / mit hormoneller Unterstützung empfangen:
- Folgender Stress geschah während des Zeitraums der Empfängnis:

Während der Schwangerschaft mit meinem Kind gab es folgende Besonderheiten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen mit Bettruhe: /Woche | <input type="checkbox"/> Die Einnahme von Wehenhemmern: |
| <input type="checkbox"/> Die Einnahme von Cortison zur Lungenreife: | <input type="checkbox"/> Einen Wehenbelastungstest: |
| <input type="checkbox"/> Folgende von der Mutter in der Schwangerschaft eingenommene Medikamente: | |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen der Mutter: | <input type="checkbox"/> Blutungen: |
| <input type="checkbox"/> Das Stressempfinden der Mutter in der Schwangerschaft: | |
| <input type="checkbox"/> Die Beziehung zum Kind im Mutterleib war: | |

Während der Entbindung meines Kindes gab es folgende Besonderheiten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Früh/Spätgeburt: | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt: |
| <input type="checkbox"/> Stilldauer: /Mon. | <input type="checkbox"/> Stillablauf: |
| <input type="checkbox"/> Natürliche Entbindung | <input type="checkbox"/> Medikamentöse Geburtseinleitung: |
| <input type="checkbox"/> Es waren Hilfsmittel notwendig (Saugglocke/Zange): | |
| <input type="checkbox"/> Die Geburt war emotional gut begleitet: | <input type="checkbox"/> Der Vater war während der Geburt anwesend: |
| <input type="checkbox"/> Direkt nach der Geburt konnte eine gute Verbindung zum Kind aufgebaut werden (Bonding): | |
| <input type="checkbox"/> Es gab einen Sauerstoffmangel durch Umwicklung mit der Nabelschnur / Dauer der Entbindung: | |
| <input type="checkbox"/> Dauer/Stärke der Wehen: | |
| <input type="checkbox"/> Medikamente unter der Entbindung: | |
| <input type="checkbox"/> Antibiose: | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel: |
| <input type="checkbox"/> Periduralanästhesie (PDA): | <input type="checkbox"/> Wochenbettdepression |

Mein Kind hatte folgende Auffälligkeiten der Entwicklung nach der Geburt / im Kleinkindalter

- Gelbsucht:
- Schlafbeschwerden:
- 3-Monatskoliken:
- Allergien/Unverträglichkeiten:
- Durchfälle nach dem Essen:
- Kopfanhebung mit: /Woch.
- Orale Phase:
- Sprachentwicklung:
- Körperspannung:
- Mein Kind wollte stets getragen werden:
- Konzentration/Merkfähigkeit:
- Schlussprung zur Einschulung:
- Händigkeit bei Einschulung:
- Feinmotorik:
- Schreibstörung:
- Sehstörung:
- Geschmack-/ Geruchstörung:
- Es hält nur schwer Blickkontakt:
- Es hält sich nicht an Regeln:
- Der APGAR Wert zum Zeitpunkt seiner Geburt war:
- Gaumen/Lippenspalte:
- Schiefhals:
- Krabbeln/Lateralisierung:
- Schluckbeschwerden:
- Übermäßiger Bewegungsdrang:
- Rückwärtsgehen auf einer Linie zur Einschulung:
- Hinken auf einem Bein zur Einschulung:
- unwillkürlich grobe Bewegungen:
- Lesefähigkeit:
- Hörstörung:
- Körperwahrnehmungsstörung:
- Es zeigt übermäßig aggressives Verhalten:
- Es hat wenige / keine Freunde:
- Fußfehlstellung:
- Kiss:
- Reflexabbau:
- Essstörung:
- freies Gehen mit:
- Verletzungsneigung:
- Rechenleistung:
- Gleichgewichtsstörung:
- Es hat sich geritzt:

10. Familienanamnese des Kindes: Folgende Erkrankungen in der Familie des Kindes sind bekannt:

Krankheit	Kind	Mutter	Vater	Oma ♀	Opa ♀	Oma ♂	Opa ♂	sowie
Herzbeschwerden / Infarkt:								
Schlaganfall:								
Herz – Gefäß Beschwerden:								
Hohes Cholesterin:								
Krebs:								
Diabetes:								
Rheuma/ Arthritis:								
Gicht:								
Allergien:								
Autoimmun Erkrankungen:								
Nierenbeschwerden:								
Atembeschwerden:								
Neurologische Beschwerden:								
Epilepsie / Schizophrenie:								
Sucht:								
Depression:								
Gendefekte:								
Flucht/Einwanderung:								
Tbc:								
Osteoporose:								
Infektionskrankheiten:								
Gehirnerschütterungen:								
Sonstiges:								

Datum und Unterschrift der Mutter / des Vaters: _____

c) Injektionen und Ohrakupunktur bei mir oder meinem Kind:

Um eine schnelle Wirkung zu erreichen, ist oft die Gabe eines Medikamentes über eine Spritze oder eine Nadelung sinnvoll. Hierdurch erhöht sich das Risiko einer eitrigen Entzündung trotz sorgfältigen sterilen Vorgehens nach dem geltenden medizinischen Hygienestandard auf 1: 35.000.

Es kann bei Spritzenbehandlungen in den Weichteilen oder an den Nervenwurzeln zu Abszessbildungen, Blutergüssen, allergischen Reaktionen bis zum allergischen Schock oder Nervenschädigungen kommen. Bei einer Infusionstherapie sind allergische Reaktionen mit Juckreiz und Hautausschlag möglich.

Ja Nein

Dies wurde zur Kenntnis genommen. Diese Behandlung wird ausdrücklich nicht gewünscht.

d) Schröpftherapie bei mir oder meinem Kind:

Bei der Schröpftherapie kann es zu Blutergüssen und punktförmigen Einblutungen in die Haut kommen.

Ja Nein

Dies wurde zur Kenntnis genommen. Diese Behandlung wird ausdrücklich nicht gewünscht.

d) Energetische Therapien bei mir oder meinem Kind:

Es ist bekannt, dass es bei allen energetischen Therapien (z.B. Bioresonanz, Kinesiologie, Systemische Therapie, Lichtkörper Arbeit, Homöopathie, Spagyrik) zu einer Erstverschlimmerung der Symptomatik (Verstärkung, Ausweitung) kommen kann. Diese Erstverschlimmerung geht meist einher mit der Aktivierung des Immunsystems einher, welche der Körper benötigt um zu heilen. Sollte dies bei Ihnen nach einer Behandlung der Fall sein, halten Sie bitte bei Bedarf umgehend telefonisch oder persönlich Rücksprache mit der Heilpraxis.

Dies kann auch unerwünschte Behandlungseffekte und Nebenwirkungen, sowie Wechselwirkungen mit medizinischen oder sozialen Interventionen betreffen.

Ja Nein

Dies wurde zur Kenntnis genommen. Diese Behandlung wird ausdrücklich nicht gewünscht.

3. Die Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die Privatkassen /Beihilfe und die Postbeamtenkasse ist anteilig.

Der Rechnungsbetrag ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Rückerstattung durch die Träger fällig. Die Behandlungskosten betragen für 50-60 Minuten 80 €.

Mir ist bekannt, dass zertifizierte Osteopathie abhängig vom Leistungsrahmen evtl. teilweise von meiner gesetzlichen Krankenkasse/Beihilfe erstattet wird. Ich informiere mich bei meiner Krankenkasse/Beihilfe über das Ausmaß.

Für die Kostenerstattung durch die Krankenkasse/Beihilfe ist es notwendig, dass ich mir vor der Behandlung ein formloses Rezept über osteopathische Behandlung von meinem Arzt ausstellen lasse.

Dieser Dienstleistungsvertrag ist geschlossen über die heilpraktischen Behandlungen, beinhaltet jedoch nicht einen garantierten oder vollständigen Erfolg dieser Behandlungen.

Ja Dies wurde zur Kenntnis genommen.

5. Informationen zu anderen Therapeuten:

Ja Nein

Werden Sie oder Ihr Kind zurzeit parallel noch von anderen Therapeuten behandelt?

Wenn Ja, Welcher Therapeut und mit welchen Therapieformen?

Ihre Heilpraktikerin Regina Köhler

Einwilligungserklärung:

Ich wurde über diese Risiken der Behandlungen informiert.

(Praxisstempel)

Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Ort, Datum Unterschrift: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten (DSGVO)

Ich _____
(Name, Wohnort, Geburtsdatum des Patienten, Name des gesetzlichen Vertreters)

bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von:
Frau Regina Köhler, Heilpraktikerin: Heilpraxis Regina Köhler, Tinnhorn 24 24813 Schülpl bei Rendsburg zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten, wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw..

Ich bin damit einverstanden, dass:
Frau Regina Köhler, Heilpraktikerin: Heilpraxis Regina Köhler, Tinnhorn 24 24813 Schülpl bei Rendsburg die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten/ andere Heilhilfsberufler/Labor/Soliprax (Abrechnungssoftware) zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt und /oder bei anderen Heilpraktikern/Ärzten/Physiotherapeuten/ anderen Heilhilfsberuflern/Labor/(Soliprax - Abrechnungssoftware) Behandlungsdaten erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind und für diese Zwecke verarbeitet oder nutzt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden. Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten, bzw. seines gesetzlichen Vertreters)