

Kinder – Fragebogen

Claus Opitz * Gaußstr. 32 * 51063 Köln * 0221/3907734



Praxis für Osteopathie & Naturheilkunde

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Straße: _____ Tel. _____
PLZ-Ort _____ Fax _____
E-Mail _____ Geschwister _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung
 private Zusatzversicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch für Ihr Kind an uns? Was ist Ihr Ziel?

Besonderheiten während der Geburt?

Zangengeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Einleitung, usw.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Welche Impfungen hat ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.

Infekte Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung
Wenn ja, wie häufig?

Gibt es Allergien?

Nahrungsmittel.....

Pollen oder andere

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, Stuhlgang wechselhaft usw.

Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest

Haut Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

Narben Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben? Ja Nein

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiße, Zähneknirschen

Schlafzeit von / bis

Ernährung Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

Abneigungen gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche?

Körpergröße **Körpergewicht**

Wann konnte Ihr Kind krabbeln..... laufensprechen..... war es trocken

Angaben bitte in Monaten

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Haben Sie Nahrungsergänzungsmittelmittel oder Medikamente eingenommen?

Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären:
Im Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.3.93 3023/91) wird verlangt, Patienten das Risiko der Manipulation an der oberen Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen oder sonstiges kommen.

Kommentar:

1. Grundsätzlich kann JEDE Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Chiropraktik, Osteopathie, Akupunktur oder jeder andere Methode.
2. Ich arbeite mit sehr gezielten und sanften Techniken und schule mich regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.
3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder eventuell andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.
5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir, ich setze sonst Ihr Einverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum:..... Unterschrift.....
(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Die auf der Homepage www.osteopathie-opitz.de aufgeführten **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Datum:..... Unterschrift.....