



Behandlungsvertrag für Säuglings- und Kleinkinderbehandlungen

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen durch und beantworten Sie diese ganz spontan. Fragen bei denen die Antwortmöglichkeiten in Klammern () stehen, bitte diese einkreisen oder unterstreichen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergeleitet.

Name, Vorname (Kind): _____ Geschlecht: (m) (w) (d)

Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ versichert bei: _____

mitversichert bei: _____

E-Mail: _____

Organisatorisches:

Bitte nehmen Sie zu Ihrer ersten Behandlung diesen Fragebogen, vorhandene Befunde (auch Labor) und radiologische Bilder (Röntgen, CT, MRT) mit.

Das Badetuch (als Unterlage) bitte nicht vergessen.

Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, sind bis spätestens 1 Arbeitstag vor dem Behandlungstermin telefonisch abzusagen. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.

Privatleistung Osteopathie:

Die osteopathische Behandlung ist eine Privatleistung. Als Heilpraktiker bin ich - Michael Golling - zur eigenständigen Abrechnung mit privaten Krankenkassen, Beihilfestellen oder einer entsprechenden Zusatzversicherung berechtigt. Es wird nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) abgerechnet.

Die Kosten der erbrachten Leistung sind am Behandlungstag in bar oder per EC-Karte vom Patienten zu begleichen.

Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bin informiert über die Datenschutzrechtslage und erteile für den Fall fehlender Rechtsgrundlagen

meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten im Zusammenhang mit der Behandlung ausdrücklich und freiwillig.

Datum

Unterschrift Patient/Bevollmächtigter

Aufklärung:

Osteopathie ist eine besondere Form der Untersuchung und Behandlung von schmerzhaften sowie auch symptomfreien Störungen der Muskel-, Gelenk-, Nerven- und Organfunktionen. Mit Hilfe der Osteopathie können sowohl akute als auch chronische Beschwerden therapiert werden. Es wird nicht nur das Krankheitsbild bzw. die Symptome an sich behandelt, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit. Auch bei unten genannten Gegenanzeigen ist eine eingeschränkte Behandlung möglich, sofern eine korrekte medizinische/ärztliche Abklärung vorangegangen und der Osteopath informiert ist.

Die Osteopathie wird vor allem angewandt bei:

Erkrankungen, Problemen und Funktionsstörungen

- des Stütz- und Bewegungsapparates
- der inneren Organe und des Nervensystems
- des Cranio-Sacralen Systems

Ziel der Therapie ist immer die Wiederherstellung und Stärkung des Gleichgewichtes der Körperfunktionen

Risiken der Untersuchung und Behandlung:

Als kurzfristige vorübergehende Reaktionen können auftreten:

- kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber
- Veränderungen der Körperausscheidungen und/oder Menstruationszyklus
- Schlafstörungen

Als Gegenanzeigen zu nennen sind:

Akute Entzündungen	Fieberhafte Erkrankungen	Brüche
Tumore	Thrombosen	Aneurysmen
Spontane Hämatombildungen	Inflammatorischer Rheumatismus	Implantierte Fremdkörper z.B. Herzschrittmacher, Spirale etc.
Schwere neurologische Störungen	Tuberkulose	Längere Kortikoidbehandlung

Schwerwiegende Komplikationen sind extrem selten. In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1:2.000.000) – kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu: einer Hirnblutung, einem Schlaganfall oder der Schädigung des Rückenmarks kommen.

Anmerkung zum Aufklärungsgespräch: _____

- Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich durch gemäß obigen Text über die Untersuchung und Behandlung mittels Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. **Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.** Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. den Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen.
- Ich verzichte auf die Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung mittels Osteopathie.

Datum

Unterschrift Patient/Bevollmächtigter

Unterschrift Therapeut/Aufklärender

Anamnesebogen

Was sind die Beschwerden Ihres Kindes?

_____ Seit: _____

_____ Seit: _____

Familienanamnese:

Anzahl d. Geschwister: ____ Wann geboren?: _____

Bekannte Genschädigungen in der Familie: (JA) (NEIN)

Welche? _____

Bekannte neurologische Erkrankungen in der Familie: (JA) (NEIN)

Welche? _____

Schwangerschaftsverlauf:

Medikamente während der Schwangerschaft? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Suchtmittel während der Schwangerschaft? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Gab es Lageprobleme des Kindes (Drehung)? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Traten Probleme während der Schwangerschaft auf? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Die Entbindung:

Wie kam das Kind zur Welt? Gab es irgendwelche Besonderheiten? (JA) (NEIN)

Nach der Geburt:

Lag eine Zyanose vor (war das Kind blau)? (JA) (NEIN)

Wie war die Schädelform des Kindes? _____

Lagen Ödeme vor? (JA) (NEIN)

Waren die Reflexe normal? (JA) (NEIN)

Wie war der Apgar (Herzfrequenz, Atemanstrengung, Muskeltonus, Hautfarbe)?

Die Entwicklung des Kindes:

Bestand ein Strabismus (Schielen)? (JA) (NEIN)

Hat das Kind eine bevorzugte Seite beim Schlafen oder Stillen? (JA) (NEIN)

Welche? _____

Zittert das Kind häufig, gibt es Phasen wo das Kind verstärkte Spastizität (Muskelüberreizung) zeigt? (JA) (NEIN)

Wann? _____

Sind Ihnen Entwicklungsstörungen Ihres Kindes bekannt? (JA) (NEIN)
