

Anamnesebogen Reflexintegrationstraining

Kind:
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Ort:
Kinderarzt:
Besonderheiten:

Mutter:	Vater:
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Ort:	Ort:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
E-Mail Adresse:	E-Mail Adresse:

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung



Von:

Erziehungsberechtigte:

Anschrift:

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Praxis „XANTIS Therapie“ meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überwiesenen Arzt und die Krankenkasse weitergegeben oder vermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung nicht erfolgen kann.

Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.

Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

XANTIS Therapie – Saskia und Team

z.H. Saskia Klinke

Minervastraße 37

46419 Isselburg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „**Patienteninformationen zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich (Name des Erziehungsberechtigten)

.....

für

.....

(Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten)

dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten, Befunde, Newsletter, Rechnungen)

.....

.....

.....

durch die Praxis „XANTIS Therapie“- Saskia und Team

über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

E-Mail an folgende Adresse:

.....

.....

Sonstige:

.....

.....

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Behandlungs- und Kostenvereinbarung zwischen Praxis „XANTIS Therapie“

und

.....
(Vor- und Nachname + Geb.-Datum)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nachstehend möchte ich Sie über die Behandlungskosten und die Behandlungszeit aufklären. Das Honorar meiner Tätigkeit richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker. Die von mir erbrachten Leistungen werden nicht von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen, ebenso ist bei der privaten Krankenkasse/Zusatzversicherung oder auch der Beihilfe die Übernahme der Kosten nur teilweise oder gar nicht, je nach vereinbarten tariflichen Bedingungen, möglich.

In allen Fällen verpflichten Sie sich die Behandlungs-/Untersuchungskosten in voller Höhe selbst zu begleichen, unabhängig von Ihren tariflichen Bedingungen. Die Auflistung der gültigen Honorarpositionen liegt an der Praxisanmeldung aus und wird Ihnen auf Verlangen vorgelegt. Sie finden diese Übersicht auch auf unserer Webseite www.osteopathie-isselburg.de. Die Begleichung der Kosten erfolgt direkt nach der Behandlung.

- Erst-Termin Reflexintegrationstraining: 30 Minuten telefonisches Erstgespräch, kostenlos
- Folge-Termine Reflexintegrationstraining: Kurzes Gespräch, kurze Untersuchung, ausführliche Behandlung
- Die Abrechnung erfolgt auf Selbstzahlerbasis und liegt bei jedem Folgetermin bei 75€ - 99 €.

Beachten Sie bitte:

Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt wurden, werden Ihnen nach § 615 BGB in Höhe von 80€ in Rechnung gestellt.

Soweit der Patient / die Patientin ein minderjähriges Kind ist, versichert der in die Behandlung einwilligende Elternteil, insoweit auch im Namen des anderen Elternteils zu handeln und versichert, dass dieser andere Elternteil ebenfalls mit der Behandlung einverstanden ist.

Das Reflexintegrationstraining ist nicht anwendbar bei: Epilepsie, Trisomie 21, KISS-Syndrom, Schwindelmigräne und geistiger Behinderung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme, Vollständigkeit sowie die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

Elternfragebogen zur aktuellen Situation des Kindes



Name des Kindes:	Geb.-Datum:
Kindergarten/Schule/Klasse:	Datum:

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation		
1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	☐ ja	☐ nein
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	☐ ja	☐ nein
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	☐ ja	☐ nein
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	☐ ja	☐ nein
5. Gab es einen Notkaiserschnitt?	☐ ja	☐ nein
6. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	☐ ja	☐ nein
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	☐ ja	☐ nein
8. Gab es wehenfördernde oder Wehen hemmende Maßnahmen?	☐ ja	☐ nein
9. War die Geburt eine Beckenendlage?	☐ ja	☐ nein
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	☐ ja	☐ nein
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	☐ ja	☐ nein
12. Reagiert Ihr Kind übergebührllich empfindlich auf: Geräusche	☐ ja	☐ nein
13. Licht / Helligkeit	☐ ja	☐ nein
14. Berührung	☐ ja	☐ nein
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	☐ ja	☐ nein
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	☐ ja	☐ nein
17. Hat Ihr Kind hohe Fehlerzahlen im Diktat?	☐ ja	☐ nein
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	☐ ja	☐ nein
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	☐ ja	☐ nein
20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	☐ ja	☐ nein
21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	☐ ja	☐ nein
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?	☐ ja	☐ nein
23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	☐ ja	☐ nein

24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	☐ ja	☐ nein
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	☐ ja	☐ nein
26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	☐ ja	☐ nein
27. Neigt Ihr Kind dazu, auf den Zehenspitzen zu gehen?	☐ ja	☐ nein
28. Rolllt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	☐ ja	☐ nein
29. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	☐ ja	☐ nein
30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	☐ ja	☐ nein
31. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	☐ ja	☐ nein
32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	☐ ja	☐ nein
33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	☐ ja	☐ nein
34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	☐ ja	☐ nein
35. Fragt Ihr Kind oft nach oder fragt oft "was"?	☐ ja	☐ nein
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	☐ ja	☐ nein
37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	☐ ja	☐ nein
38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	☐ ja	☐ nein
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	☐ ja	☐ nein
40. Hat es gutes mündliches Wissen, kann es aber nicht aufs Papier bringen?	☐ ja	☐ nein
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	☐ ja	☐ nein
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	☐ ja	☐ nein
43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	☐ ja	☐ nein
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	☐ ja	☐ nein
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	☐ ja	☐ nein
46. Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Lineatur einzuhalten?	☐ ja	☐ nein
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	☐ ja	☐ nein
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	☐ ja	☐ nein
49. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	☐ ja	☐ nein
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	☐ ja	☐ nein
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	☐ ja	☐ nein
52. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es auffallend viel?	☐ ja	☐ nein

53. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	☐ ja	☐ nein
54. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	☐ ja	☐ nein
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	☐ ja	☐ nein
56. Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen?	☐ ja	☐ nein
57. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	☐ ja	☐ nein
58. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	☐ ja	☐ nein
59. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	☐ ja	☐ nein
60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	☐ ja	☐ nein
61. Fällt Ihrem Kind das Lernen schwer?	☐ ja	☐ nein
62. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	☐ ja	☐ nein
63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	☐ ja	☐ nein
64. Liebt Ihr Kind Routine?	☐ ja	☐ nein
65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	☐ ja	☐ nein
66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	☐ ja	☐ nein
67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	☐ ja	☐ nein
68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	☐ ja	☐ nein
69. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	☐ ja	☐ nein
70. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	☐ ja	☐ nein
71. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	☐ ja	☐ nein
72. Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen / Genuß Gaumen?	☐ ja	☐ nein
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	☐ ja	☐ nein
74. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	☐ ja	☐ nein
Besprechen Sie den Fragebogen bitte auch mit dem pädagogischen Fachpersonal Ihres Kindes!		