

Anamnesebogen zur osteopathischen Behandlung bei Säuglingen und Kleinkindern



<u>Patient:</u>	<u>Erziehungsberechtigter:</u> (Bitte den Erziehungsberechtigten eintragen, bei dem das <u>Kind versichert</u> ist.)
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Ort:	Ort:
Größe:	Telefonnummer:
Gewicht:	E-Mailadresse:
Kinderarzt:	Krankenkasse:
Hebamme:	Beihilfe:
	Postbeamten-KV:
	Heilpraktiker-Zusatzversichert bei:

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 de Groot
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 „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. Die Begleichung der Kosten erfolgt direkt nach der Behandlung.

- Erst-Termin Osteopathie: Ausführliches Anamnesegespräch, Untersuchung und Behandlung nach osteopathischen Gesichtspunkten
- Folge-Termine Osteopathie: Kurzes Gespräch, kurze Untersuchung, ausführliche Behandlung nach osteopathischen Gesichtspunkten
- Heilpraktikerbehandlungen: Ausführliches Anamnesegespräch, Untersuchung und Behandlung nach heilpraktischen Gesichtspunkten, individuelle Dauer
- Die Abrechnung erfolgt in allen Fällen leistungsbezogen nach der GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und liegt in der Regel zwischen 70€-135€, unabhängig von der Länge der Behandlung, diese richtet sich nach dem Verlauf der Behandlung.

Beachten Sie bitte:

Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt wurden, werden Ihnen nach § 615 BGB in Höhe von 60€ 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.

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Diese Liste von Fragen soll helfen, die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes gezielter vorzunehmen. Sollten Sie die Fragen nicht alle beantworten können, ist das kein Problem. Am Termin selbst findet ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offene Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können. Einige der Informationen stehen auch im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheft Ihres Kindes.

Familie

Sind bei Ihnen in der Familie Wirbelsäulenprobleme bekannt? Ja Nein
 (Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige)

Sind bei Ihnen in der Familie genetische Erkrankungen bekannt? Ja Nein
 (Diabetes, Fettleibigkeit, sonstige)

Schwangerschaft /en

Anzahl: Anzahl Kinder: Alter der Mutter zur Geburt: Jahre

Dauer: Wochen Geburtsgewicht: gr, Größe: cm

Geburt

spontan eingeleitet natürlich Kaiserschnitt

Lage des Kindes: Schädellage Beckenendlage sonstige Lage

Dauer der Geburt: Stunden

Dauer der Presswehen: Stunden

Wurden Medikamente verabreicht? Ja Nein

PDA / Wehenunterstützung / Antibiotika / Schmerzmittel Ja Nein

Hilfsmittel: Zange/ Saugglocke Ja Nein

Geburtsverletzungen Ja Nein

Wurde während der Geburt auf den Bauch gedrückt? Ja Nein

War die Nabelschnur verschlungen? Ja Nein

Nach der Geburt

- Das Kind hat sofort geweint? Ja Nein
- Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt? Ja Nein
- Das Kind hat blaues Licht (Ikterus) bekommen? Ja Nein
- Komplikationen Ja Nein
- Medikamente Ja Nein

Auffälligkeiten

- Gibt / Gab es Stillschwierigkeiten Ja Nein
- Bäuerchen / Aufstoßen kommt schwer Ja Nein
- Erbricht Ihr Kind oft? Ja Nein
- Abendliche Unruhe Ja Nein
- Schluckauf mehr als 2x täglich? Ja Nein
- Verdauungsschwierigkeiten Ja Nein

Asymmetrie Fehlhaltungen

- Sofort nach der Geburt festgestellt Ja Nein
- Erst später entwickelt Ja Nein
- Köpfchen abgeflacht Ja Nein
- Das Baby schaut meist nach rechts / links Ja Nein
- Dreht sich meist nur nach rechts / links Ja Nein
- Bewegt beide Arme gleich Ja Nein
- Hat die Hände gefaustet Ja Nein
- Bewegt beide Beine gleich Ja Nein

Wann hat sich Ihr Kind zum ersten Mal gedreht?

Wann konnte Ihr Kind krabbeln?

Wann hat es begonnen zu laufen?

Kann Ihr Kind Hüpfen/ Springen? Ja Nein

Wie geht Ihr Kind die Treppe hoch? Im Wechselschritt im Gleichschritt

Kann Ihr Kind auf einem Bein stehen? Ja Nein

Kann sich Ihr Kind allein an- und ausziehen? Ja Nein

Kann Ihr Kind einen Ball fangen und werfen? Ja Nein

Kann Ihr Kind Rad fahren? Ja Nein

Kann Ihr Kind eine Schleife machen? Ja Nein

Perlen auffädeln? Ja Nein

Mit der Schere schneiden? Ja Nein

Nahrungsaufnahme? stillen Flasche mit dem Löffel

Kann Ihr Kind selbstständig mit Gabel und Löffel essen? Ja Nein

Gab oder gibt es Wachstumsbeschwerden? Ja Nein

Hat Ihr Kind Kleidergrößen übersprungen? Ja Nein

Grund des Besuches:

.....

Sonstige Erkrankungen:

.....

Bisherige Therapie:

.....

Sonstige Angaben:

.....
