



Fragebogen zum Säuglingsbefund

Diese Seite bitte in Druckschrift ausfüllen

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m
Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
<hr/>	<hr/>	<hr/>	
Strasse	PLZ / Ort	Beruf	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	
Telefon geschäftlich	Telefon privat	Telefon mobil	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	
Empfohlen durch / Aufmerksam geworden durch <hr/>		E-Mail: <hr/>	
Kontaktieren Sie mich bitte <input type="checkbox"/> per E-Mail <input type="checkbox"/> per Telefon			
Krankenkasse: <hr/> <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Post-Beihilfe			
Familienversicherung über: (gesetzliche Vertreter bei Minderjährigen immer angeben)			
<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau			
Name, Vorname <hr/>		Geburtsdatum: <hr/>	
ggf. Abweichende Adresse: <hr/>			

____ cm Körpergröße	____ kg Gewicht	____ Augenfarbe
Aktuelle Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Orthesen <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Aktuelle Dioptrienwerte bitte eintragen oder Brillenpasskopie beilegen		
Rechts SPH _____	CYL _____	Achse _____° Prisma _____ (Dreieck) Addition _____
Links SPH _____	CYL _____	Achse _____° Prisma _____ (Dreieck) Addition _____
<hr/> Behandelnder Kinderarzt		<hr/> Ortsangabe, ggf. Telefonnr. für Rücksprache

Aktuelle Beschwerden und Schmerzzustand - Grund des Termines:

In welchem Bereich wünschen Sie sich vorrangig eine Verbesserung?

__ Bewegungsapparat __ Zähne __ Augen __ Stoffwechsel __ Mental/Gemüt

**Gerne suchen wir Ihnen passende Terminvorschläge für Ihren Ersttermin.
Wann können Sie am besten?**

	Mo	Di	Do	Fr
Zeitraum	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr



Fragebogen zur Erstuntersuchung

Markieren Sie bitte die zutreffenden Fragen und die für Sie wichtigen Themenbereiche!

Geburt des Kindes

Schwangerschaft

- ja / nein Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten? Wenn ja, vor oder nach dieser Geburt?
 ja / nein Gab es in der Schwangerschaft Beschwerden oder falls diese noch bestehen, welche? _____
 ja / nein Gab es toxische Belastungen in der Schwangerschaft?
 ja / nein Gab es in der Schwangerschaft Konsum von Suchtmitteln, Alkohol oder Nikotin?
Geburtszeitpunkt in der ____ Schwangerschaftswoche
Ab welcher Woche wurden Kindsbewegungen festgestellt? ____ Woche
 ja / nein Gab es vorzeitige Wehen?
 ja / nein War eine Cerclage (Maßnahmen gegen eine Frühgeburt) notwendig?
 ja / nein Gab es Lageprobleme des Kindes (Drehung)?

Geburtsverlauf

- Wie verlief die Geburt Ihres Kindes? Normal Frühgeburt Spätgeburt
 Beckenendlage Steißlage Sternengucker
 ja / nein Komplikationen während des Geburtsvorganges? Falls ja, welche? _____
 ja / nein Traten Spastiken und Überstreckungen (nach der Geburt) auf? Einseitig, Lieblingsseite _____
 ja / nein Wurde die Geburt durch Narkosen unterstützt? PDA Vollnarkose
 ja / nein Erfolgte die Geburt mit Kaiserschnitt? akut geplant
 ja / nein Erfolgte die Geburt mit Hilfsmitteln? Falls ja Saugglocke Zange Druck auf den Bauch
 ja / nein Bestand unmittelbar nach der Geburt **kein** Kontakt zur Mutter?
Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? ____ Wochen Monate immer noch
 ja / nein Gab es Stillprobleme? Wurde nicht gestillt, weil: _____
 ja / nein War der Fontanellenschluss vorzeitig?
 ja / nein Wurde während der Schwangerschaft umgebaut renoviert umgezogen?

Auffälligkeiten nach der Geburt

- Schädelverformung Kopffehlhaltung Einseitiges Liegen (Lieblingsseite)
 Extreme Schlaf- und Durchschlafprobleme? Zu bestimmten Uhrzeiten _____
 Zyanose Gelbsucht Ödeme Atemprobleme Brutkasten
 Schreikind Spucken / Erbrechen Bauchweh / Koliken Stillprobleme
 Schielen Augenprobleme / Sehschwäche Auge/n abgeklebt

Entwicklung

- Chronisch vererbte Erkrankungen der Eltern _____
Chronische Erkrankungen, Infektionen, Erkältungen (welche) _____
Falls Impfungen, welche: _____
 ja / nein Gehäufte Mittelohrentzündungen (Anzahl/Alter) _____

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? _____

Wie oft hat Ihr Kind Antibiotikum erhalten? keinmal einmal mehrfach

ja / nein Hatte Ihr Kind einen Zeckenbiss oder eine nachgewiesene Borreliose?

Wie oft ist Ihr Kind krank? 0 - 3-mal im Jahr 4 - 5-mal im Jahr 6-mal und mehr im Jahr

Besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes? Notieren Sie bitte das Alter des Kindes oder Schwangerschaftswoche zu diesem Zeitpunkt, wenn möglich.

- Tod oder Trennung von wichtigen Bezugspersonen? Mutter, Vater, Geschwister, Oma, Opa, _____
 Trennung Scheidung häufiger Wohnungswechsel ungünstige Wohnverhältnisse
 Heimaufenthalt längerer Krankenhausaufenthalt Vater, Mutter oder Geschwister lange leidend oder behindert
 keine besonderen Ereignisse aufgetreten (mehrere Antworten möglich)

ja / nein Geht/ging Ihr Kind in die Krippe zur Tagesmutter ? Wenn ja, seit wann? _____

Zu wem hat Ihr Kind den größten Bezug / die engste Bindung?

- beiden Eltern Mutter Vater Großeltern Tagesmutter Lebenspartner/in andere Personen



Fragebogen zur Erstuntersuchung

Markieren Sie bitte die zutreffenden Fragen und die für Sie wichtigen Themenbereiche!

Geschwisterkinder / Gruppen

- ja / nein Hat Ihr Kind Geschwister? Wenn ja, sind ____ älter / ____ jünger.
- ja / nein Ist Ihr Kind eifersüchtig auf seine Geschwister? Einzelkind
- ja / nein Verträgt es sich nicht mit seinen Geschwistern? meistens selten überhaupt nicht

Körper

Hören & Sprechen

- ja / nein War der Hörtest in der U2 auffällig?
- ja / nein Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, Geräusche im Raum gut zu lokalisieren (z.B. Rufen)?

Zähne/Mund

- ja / nein Schnarchen Knirschen Kieferknacken Pressen (rechts / links)
- ja / nein Hat Ihr Kind viel „genuckelt“ Daumen gelutscht Schnuller benutzt? oder benutzt es noch?
- ja / nein Gibt es Schluckprobleme?
- ja / nein Beisst Ihr Kind sich auf die Wangen, die Zunge oder auf die Lippen?

Nervensystem

- ja / nein Gibt es eine neurologische Erkrankung/Genschädigungen? Wenn ja, welche: _____
- ja / nein Hat Ihr Kind besondere Angewohnheiten oder Tics? _____
- ja / nein Wurden Reflexe getestet und gab es Auffälligkeiten? Wenn ja, welche: _____

Bewegungsapparat

- ja / nein Gab es Auffälligkeiten beim Krabbeln?
 ungleichmäßig nicht gekrabbelt im Sitzen gehüpft gleich in den Stand über gegangen
Wann lernten Sie laufen? vor 12. Monat 13. - 18. Monat ab 18. Monat
- ja / nein Gab es Probleme beim Laufenlernen?
- ja / nein Fällt es oft hin, stolpert es oder ist ihm oft schwindelig?

- ja / nein Hat Ihr Kind langwierige Krankheiten oder Operationen durchgemacht? _____
- ja / nein Hat Ihr Kind Unfälle erlitten? Falls ja, welche: _____
- ja / nein Gab es Knochenbrüche? (Körperteil) _____

Gibt es ärztliche Diagnosen, in Bezug auf Beschwerden, mit denen Sie uns konsultieren möchten:

- Lunge: Asthma Heuschnupfen Bronchialprobleme Lungen- Rippenfellentzündung Kurzatmig
- Urogenital: Nieren-/Blasenerkrankungen Häufiges Wasserlassen Einnässen
- Verdauung: Magenprobleme/Stuhlgang ____ pro Tag Verstopfung Durchfall Blähungen
 Nach dem Essen Bauchbeschwerden Müdigkeits- / Völlegefühl
- Kopf: Kopfschmerzen Migräne Nasen-Nebenhöhlen Stirn- & Kiefergelenkshöhlen-Probleme Ohren
- Haut: Neurodermitis Warzen
- Allergien: _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____

Schlafen

- Wie ist die bevorzugte Schlaflage: Seitenschlaf Rechts Links Rückenlage Bauchlage
- ja / nein Wacht Ihr Kind nachts oft auf (Alpträumen, Durst, Schlafwandeln)? Zu welchen Zeiten? _____
 - ja / nein Geht Ihr Kinder nur mit Widerwillen ins eigene Bett?
- Zu welcher Uhrzeit geht Ihr Kind unter der Woche ins Bett: _____ Uhr / Schläft in der Nacht durchschnittlich? _____ Std.

Bisherige Maßnahmen

- ja / nein Wurde Ihr Kind wegen irgendeiner Problematik schon einmal einer anderen Stelle vorgestellt?
 Logopädie Ergotherapie Psychomotorik Osteopathie Psychotherapie
 Erziehungsberatung Arzt Krankenhaus anderen, welchen? _____
- ja / nein Sind nach Beendigung der letzten Behandlung/Therapie die alten Beschwerden wieder aufgetreten oder traten Probleme wieder auf?



Zeitstrahl

Skizzieren Sie Ihren Beschwerdeverlauf und besondere Vorkommnisse wie:

z.B. neue oder geänderte Hilfsmittel, OP's , schwere Verletzungen, chronische Schmerzen, Unfälle, Traumata, Trennungen, Verluste) in der zeitlichen Reihenfolge mit Jahreszahlen ein.





Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Gründen der Arbeitsentlastung haben wir die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl mit der Rechnungslegung für Herrn Tatzel beauftragt. Alle anderen Teammitglieder schreiben Ihnen direkt eine Rechnung.

Sie wird ausschließlich nach unseren Weisungen tätig und unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und der Schweigepflicht. Selbstverständlich werden die Behandlungsdaten von PAS Dr. Hammerl streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Entlastung von verwaltungsintensiven Aufgaben hat zur Folge, dass wir unsere gesamte Arbeitszeit für die Behandlung unserer Patienten verwenden können.

Wir bitten Sie daher, die nebenstehende Einwilligung zur Weitergabe der zur Abrechnung erforderlichen Daten zu unterzeichnen. Bei allen Fragen zur Rechnung ist Ihnen die Firma PAS Dr. Hammerl jederzeit gerne behilflich und steht Ihnen unter folgenden Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung: Sollten Sie inhaltliche Fragen zur Rechnung haben, klären Sie das bitte immer mit den Therapeuten direkt. Die Abrechnungsstelle verwaltet lediglich Ihre Zahlung.

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:
Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe der zur Abtretung, zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (unter anderem Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe) an die PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG, Gewerbestraße 21, 86720 Nördlingen - - www.pas-hammerl.de - Telefon 09081 2926-0 - Telefax 09081 2926-59 - info@pas-hammerl.de

Diese Zustimmung gilt auch für künftige Behandlungen und kann jederzeit schriftlich von mir widerrufen werden. Mir ist bekannt, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber PAS Dr. Hammerl als Forderungsinhaber auftritt und im Falle eines Rechtsstreites der Behandler gegebenenfalls als Zeuge gehört werden würde.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass PAS Dr. Hammerl Informationen zu meinem bisherigen Zahlungsverhalten, zur Verifizierung meiner Adresse und Informationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden- Baden bezieht.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Für das Abrechnungsverfahren durch die Abrechnungsstelle benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Sollten Sie keine Abrechnung über die Abrechnungsstelle wünschen, können Sie vor Ort bar oder per EC Karte bezahlen.

Ich bin mit der **Weitergabe medizinischer Befunde, nach persönlicher Absprache einverstanden**. Dies ermöglicht uns, bei einer umfassenden Fragestellung, Rücksprache mit anderen Fachbereichen zu nehmen.

- Ja / Nein Ärzte und Co-Therapeuten des Zentrums Zahn bis Zeh
 Ja / Nein Hausarzt / Zahnarzt / Kieferorthopäde

Diese Erklärungen können jederzeit zurückgenommen werden. Es erfolgt zu keiner Zeit eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte zu werblichen Zwecken.

Ich bestätige hiermit das ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung (evtl. interne Eingriffe), zu erwartende Folgen und Risiken der Osteopathie, wissenschaftlichen Naturheilkunde, Telatherapie sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt wurde (Analog § 630 a -h BGB).

X

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlicher Vertreter

Die Unterschrift muss im Original bei uns am Tag Ihres ersten Termins bei uns vorliegen.