



Fragebogen zum Kinderbefund

Diese Seite bitte in Druckschrift ausfüllen

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____	Geschlecht <input type="radio"/> w <input type="radio"/> m
Strasse _____	PLZ / Ort _____	Beruf _____	
Telefon geschäftlich _____	Telefon privat _____	Telefon mobil _____	
Empfohlen durch / Aufmerksam geworden durch _____		E-Mail: _____	
Kontaktieren Sie mich bitte <input type="checkbox"/> per E-Mail <input type="checkbox"/> per Telefon			
Krankenkasse: _____ <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 _____		Geburtsdatum: ____ . ____ . ____	
ggf. Abweichende Adresse: _____			

_____ cm Körpergröße	_____ kg Gewicht	_____ Schuhgröße	_____ Augenfarbe	<input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> Rechtshänder
Aktuelle Hilfsmittel:				
<input type="checkbox"/> Spange	<input type="checkbox"/> Schiene	<input type="checkbox"/> Schuh-Einlagen	<input type="checkbox"/> Bandagen	<input type="checkbox"/> Orthesen
<input type="checkbox"/> Schuherhöhung	<input type="checkbox"/> Fersenkeil	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Hörgerät	
<input type="checkbox"/> Brille				
Aktuelle Dioptrienwerte bitte eintragen oder Brillenpasskopie beilegen				
Rechts SPH _____	CYL _____	Achse _____°	Prisma _____ (Dreieck)	Addition _____
Links SPH _____	CYL _____	Achse _____°	Prisma _____ (Dreieck)	Addition _____
Behandelnder Kinderarzt/Hausarzt _____		Ortsangabe, ggf. Telefonnr. für Rücksprache _____		
Behandelnder Zahnarzt _____		Ortsangabe, ggf. Telefonnr. für Rücksprache _____		
Behandelnder Kieferorthopäde _____		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



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?
- ja / nein Gab es in der Schwangerschaft Konsum von Suchtmitteln, Alkohol oder Nikotin?
Geburtszeitpunkt in der _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsverlauf

- Wie verlief die Geburt Ihres Kindes? Normal Frühgeburt Spätgeburt
- 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 War die Geburt ein 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? _____
 - ja / nein Gab es Stillprobleme? Wurde nicht gestillt
 - 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

Kindheit/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 zu diesem Zeitpunkt.

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

Geht/ging Ihr Kind in die Krippe, Kindergarten, Tagesmutter, Hort? wenn ja, ab welchem Lebensjahr _____

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

Ist Ihr Kind lieber.... (mehrere Antworten möglich)

Spielt am liebsten mit sich alleine Gleichaltrigen Älteren Jüngeren Jungen Mädchen

ja / nein Wird es auffällig in Gruppen?

Welche Rollen übernimmt Ihr Kind in einer Gruppe? Anführer Außenseiter unauffällig nicht bekannt

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)?
 Hörschwäche Ohrgeräusche Tinnitus Hörsturz
 Artikulationsprobleme Sprachprobleme Lispeln Stottern

Augen (Brillenpass, wenn vorhanden bitte beilegen)

Wann war die letzte augenärztliche Untersuchung? _____ noch keine

- ja / nein Schielt Ihr Kind?
 ja / nein Besteht eine Augenerkrankung? Wenn ja, seit wann? _____
 ja / nein Wurde bereits eine Winkelfehlsichtigkeit festgestellt?
 ja / nein Gibt es Probleme im räumlichen Sehen?
 ja / nein Ist es empfindlich bei Sonneneinstrahlung schnell müde beim Lesen?
 ja / nein Liest Ihr Kind ungerne oder mit der Nase dicht am Buch?

Zähne/Mund

- ja / nein Schnarchen Knirschen Kieferknacken Pressen (rechts / links)
 ja / nein Hat Ihr Kind viel „genuckelt“ Daumen gelutscht Schnuller benutzt?
 ja / nein Gab/Gibt es eine kieferorthopädische Behandlung? (vom ____ bis ____ Lebensjahr)
 ja / nein Erfolgte parallel dazu eine physiotherapeutische Behandlung und/oder orthopädische Begleitung?
 ja / nein War die kieferorthopädische Behandlung erfolgreich?
 ja / nein Wurden bereits bleibende Zähne gezogen? Falls ja, welche: _____
 ja / nein Hat Ihr Kind Mundgeruch, belegte Zunge, unangenehmen Geschmack im Mund?
 ja / nein Schläft Ihr Kind mit offenem Mund oder hat beim Fernsehgucken /in der Konzentration den Mund offen?
 ja / nein Gibt es Schluckprobleme?
 ja / nein Beißt Ihr Kind sich auf die Wangen, die Zunge oder auf die Lippen?
 ja / nein Ist Ihr Kind nicht gut einseitig nicht satt zu bekommen?

Nervensystem

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

Bewegungsapparat

- ja / nein Gab es Auffälligkeiten beim Krabbeln?
 ungleichmäßig nicht gekrabbelt im Sitzen gehüpft gleich in den Stand über gegangen
 ja / nein Gab es Probleme beim Laufenlernen?
Wann lernten es laufen? vor dem 2. Monat 13. - 18. Monat ab 18. Monat
 ja / nein Hat es einseitig abgelaufene Schuhe?
 ja / nein Fällt es oft hin, stolpert oder ist ihm oft schwindelig?
 ja / nein Führt es ungerne / gar nicht Karusell oder Achterbahn? (Wird es ihm 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, Bänderdehnungen oder -risse? (Körperteil) _____
 ja / nein Gibt es wiederkehrende Muskelverletzungen, Verspannungen, Krämpfe? (Körperteil)



Fragebogen zur Erstuntersuchung

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

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- & Kiefergelenkhöhlen-Probleme Ohren
Haut: Neurodermitis Warzen
Allergien: _____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____

Medien

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind durchschnittlich täglich am PC / TV / Tablet oder Handy?

- gar nicht manchmal bis zu einer Stunde bis zu zwei Stunden drei Stunden und mehr

Gemüt/Verhalten

- ja / nein Ist Ihr Kind sehr oft aggressiv laut wütend maßlos zerstörerisch
 ängstlich traurig weinend still / spricht nicht
 ja / nein Beobachten Sie Ängste bei Höhe Karussell fahren geschlossenen Räume Fliegen Boot fahren
 Aufzug fahren bei Dunkelheit Achterbahn Einschlafen _____
 ja / nein Leidet es oft unter plötzlichen Stimmungsschwankungen?
 ja / nein Mangelt es Ihrem Kind an Selbstbewusstsein?

Schule

- ja / nein Geht nicht gerne zur Schule hat Konzentrationsprobleme lässt sich leicht ablenken?
 ja / nein Gibt es Probleme in den Fächern Deutsch oder Mathe?
 ja / nein Verdreht Ihr Kind Buchstaben / Zahlen? (z.B. b/d p/q 35 statt 53)
 ja / nein Wurden bei Ihrem Kind Lese-Rechtschreib-Probleme oder Dyskalkulie festgestellt?
 ja / nein Gibt/Gab es Nachhilfe? In welchem Fach/Fächern: _____
 ja / nein Macht Ihr Kind ungern Hausaufgaben oder ziehen sich diese sehr in die Länge?
 ja / nein Gibt es Probleme im sozialen Miteinander?

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.

Bewegung

- ja / nein Ist Ihr Kind oft erschöpft müde lustlos antriebslos?
Welche Hobbies hat Ihr Kind? Lesen Basteln/Zeichnen Geschichten hören Fernsehen Computer Play Station
 Musizieren andere _____ keine besonderen Interessen

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?

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

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

Zeitstrahl



Skizzieren Sie Ihren Beschwerdeverlauf und besondere Vorkommnisse wie:
z.B. Zahnersatz, 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).

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlicher Vertreter

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