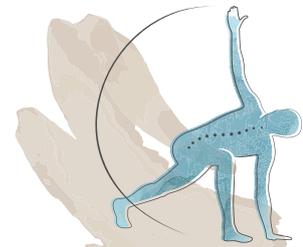


# ANMELDEBOGEN

BABY 0-12 MONATE



funktionelle  
**CHIROPRAKTIK**

## Kontakt

Hugo-Junkers-Straße 6

38518 Gifhorn

Tel.: 05371-619 83 43

Mail: [info@funktionelle-chiropraktik.de](mailto:info@funktionelle-chiropraktik.de)

[www.funktionelle-chiropraktik.de](http://www.funktionelle-chiropraktik.de)

Vor- und Nachname meines Kindes

Geburtsdatum

Krankenversicherung

gesetzlich  privat  Beihilfe

Vor- und Nachname eines Elternteils / der Eltern

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer eines Elternteils / der Eltern

E-Mail eines Elternteils

## AUFKLÄRUNG

Liebe Eltern,

Wir möchten Sie auf Grund unserer Sorgfalts- und Aufklärungspflicht über eventuelle Risiken informieren.

### WAS IST CHIROPRAKTIK?

Chiropraktik ist eine Handgrifftechnik zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Beweglichkeit von Gelenken an der Wirbelsäule, der Rippen, des Beckens und des Kiefers sowie an Armen und Beinen. Dies geschieht in der Regel durch eine rasche, zielgerichtete Bewegung.

Was ist besonders an der Behandlung von Säuglingen und Kindern? Bei der Behandlung von Säuglingen und Kindern müssen chiropraktische Techniken an das Alter, die Größe und vor allem den Zustand des Skelett- und Muskelsystems des Kindes angepasst werden. So ähneln die Techniken der Säuglings- und Kinderchiropraktik sehr denen der Osteopathie und beinhalten sehr sanfte Diagnose- und Therapieverfahren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

### BEHANDLUNGSRISIKEN

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine relativ risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Symptomen biomechanischen Ursprungs. Für die chiropraktische Behandlung der Wirbelsäule und des Beckens sind bei Erwachsenen Behandlungsrisiken bekannt. Dazu zählen Nervenwurzelreizungen bzw. -schädigungen, Schmerzen, Gefühlsstörungen und/oder Lähmungen im Bereich der Extremitäten. Des Weiteren kann eine Behandlung Verletzungen des Bandscheibengewebes verursachen oder zu einer Verletzung/Schädigung der Wirbelarterie führen. Werden Gelenke an Armen und Beinen von Kindern chiropraktisch korrekt behandelt, sind damit wissenschaftlich keine bekannten Risiken verbunden. Auch bei der, im Vergleich deutlich sanfteren Behandlung der Wirbelsäule und des Beckens von Kindern sind keine Behandlungsrisiken bekannt.

### GIBT ES BEHANDLUNGSREAKTIONEN?

Wissenschaftlich gesehen, sind keine negativen Behandlungsreaktionen bei Kindern bekannt. Aus unserer Erfahrung kann es manchmal dazu kommen, dass Kinder nach einer Behandlung etwas „quengelig“ sind, das Bedürfnis haben, mehr zu schlafen, ruhiger und ausgeglichener, manchmal aber auch belebter und bewegungsbedürftig sind. Lassen Sie alle Reaktionen zu und gehen Sie auf die Bedürfnisse Ihres Kindes ein.

### MITTEILUNGSPFLICHT

Sollten Änderungen im Gesundheitszustand Ihres Kindes eintreten (neue Diagnosen, Verschlechterung vorhandener Symptome, Schwangerschaft, Operationen etc.) müssen diese vor der nächstfolgenden Behandlung unbedingt dem/der behandelnden ChiropraktorIn mitgeteilt werden.

### BEHANDLUNGSPAUSE

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihr Kind in dieser Praxis nach 2 Jahren ohne Behandlung wieder als Neupatient gilt. Dies ist für uns aus medizinischen Gründen erforderlich. Unter anderem ist eine erneute, ausführliche Erhebung der Krankengeschichte notwendig. Wegen des zeitlichen Mehraufwands kann es zu längeren Wartezeiten für einen Termin kommen und es wird Ihnen der Neupatientenpreis berechnet werden. Die internationalen Chiropraktorenverbände empfehlen auch ohne akute Beschwerden 1-2 Mal im Jahr einen Besuch beim Chiropraktor. Sprechen Sie mit dem/der behandelnden ChiropraktorIn ab, ob dies im Fall Ihres Kindes von Nöten ist.

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich fühle mich ausreichend über die Risiken chiropraktischer Behandlungen informiert. Ich habe die obigen Ausführungen dazu gelesen und verstanden. Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und bin mit einer Behandlung meines Kindes einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/ der gesetzlichen Vertreterin

# 0-12 Monate (BABY)

Liebe Eltern,

es ist wichtig, dass wir uns vor Beginn der Behandlung Ihres Kindes ein Bild des Gesundheitszustandes machen können.  
Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen:

Mein Kind hat folgende Beschwerden:  Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Arme/Beine

Andere: \_\_\_\_\_

Wurden bereits Röntgen-/MRT-/CT-Bilder gemacht?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Muss ihr Kind Medikamente nehmen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatte ihr Kind bereits eine/mehrere Operationen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatte ihr Kind bereits heftige Stürze/Unfälle?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal in chiropraktischer oder anderer Behandlung?  Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_

Bitte nennen sie uns den/die Namen des/der Therapeuten Ihres Kindes  
(Kinderarzt, Facharzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Logopäde, Ergotherapeut, ...):

\_\_\_\_\_

## SCHWANGERSCHAFT

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Wie alt war die Mutter bei der Geburt ihres Kindes? \_\_\_\_\_ Jahre

In welcher Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt? \_\_\_\_\_ Woche (Gewicht: \_\_\_\_\_ g / Größe: \_\_\_\_\_ cm / Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm)

Lag das Kind in Fehl-Steiß-/Querlage?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Musste die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente nehmen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es während der Schwangerschaft Unfälle/Stürze?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es während der Schwangerschaft Operationen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken?  Nein  Ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Gab es während der Schwangerschaft andere Komplikationen (Zwischenblutung, Diabetes etc.)

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## GEBURTSVERLAUF

Wie lange dauerte die Geburt ab Beginn der ersten Wehen? \_\_\_\_\_ Stunden (Dauer der Presswehen: \_\_\_\_\_ Minuten)

War es eine Mehrlingsgeburt?  Nein  Ja

Wurden Hilfsmittel (Zange, Glocke) verwendet?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde eine PDA gemacht?  Nein  Ja

War die Geburt per Kaiserschnitt?  Nein  Ja, warum? \_\_\_\_\_

Kam es zu Geburtsverletzungen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## SÄUGLINGSZEIT

Mein Kind ist (war) verspannt im Rücken / überstreckt(e) sich.  Nein  Ja

Mein Kind hält/ hielt den Kopf schief.  Nein  Ja:  nach links  nach rechts

Mein Kind kann (konnte) seinen Kopf zu einer Seite besser drehen.  Nein  Ja:  nach links  nach rechts

Mein Kind liegt (lag) in einem Bogen, wie ein „C“.  Nein  Ja:  nach links  nach rechts

Mein Kind hat (hatte) eine unreife Hüftentwicklung.  Nein  Ja:  links \_\_\_\_\_ Grad  rechts \_\_\_\_\_ Grad

Mein Kind hat (hatte) eine Fußfehlstellung.  Nein  Ja:  links  rechts

Mein Kind hat (hatte) einen schiefen/platten/verformten Kopf.  Nein  Ja

Mein Kind kann (konnte früher) nicht auf dem Bauch liegen.  Nein  Ja

Mein Kind wird (wurde) im Schlaf oft wach.  Nein  Ja

Mein Kind hat (hatte) eine Lieblingsschlafposition.  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Mein Kind wird (wurde) gestillt.  Nein  Ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Mein Kind trinkt (trank) nur von einer Brust.  Nein  Ja:  nur links  nur rechts

Mein Kind trinkt/ isst (trank/aß) wenig oder schlecht.  Nein  Ja

Mein Kind sabbert (sabberte) viel und spuckt (spuckte) oft.  Nein  Ja

Mein Kind ist (war) ein Schreikind.  Nein  Ja

Mein Kind ist (war) empfindlich am Nacken (z. B. beim Anziehen).  Nein  Ja

## MEILENSTEINE DER SÄUGLINGSZEIT

Wann konnte Ihr Kind den Kopf halten?  Woche 6-8  Woche 9-12  Woche 13-16

Wann konnte Ihr Kind sich drehen?  früher als 6 Monate  mit 6 Monaten  später als 6 Monate

Wann konnte Ihr Kind alleine sitzen?  früher als 9 Monate  mit 9 Monaten  später als 9 Monate

Wann konnte Ihr Kind krabbeln?  früher als 9 Monate  mit 9 Monaten  später als 9 Monate

andere Fortbewegung: \_\_\_\_\_

Kann ihr Kind schon laufen?  Nein  Ja, seit dem \_\_\_\_\_ Monat

## HIER FINDE ICH MEIN KIND WIEDER:

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien                       | <input type="checkbox"/> Koliken      | <input type="checkbox"/> schläft nicht gut |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen/Schnupfen      | <input type="checkbox"/> Verstopfung  | <input type="checkbox"/> Kontaktscheu      |
| <input type="checkbox"/> häufiges Husten/Atemwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Durchfall    | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle     |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis                   | <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Andere: _____     |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme                    | <input type="checkbox"/> Übergewicht  | _____                                      |

## SONSTIGE BEMERKUNGEN:

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/ der gesetzlichen Vertreterin

*Sie haben Fragen?*

Dann sprechen Sie uns gerne an. Tel.: 05371-619 83 43 / [www.funktionelle-chiropraktik.de](http://www.funktionelle-chiropraktik.de)