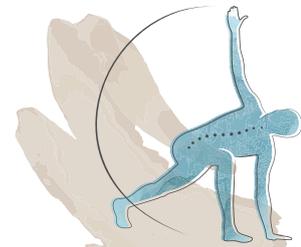


ANMELDEBOGEN

KIND 1-6 JAHRE (KRIPPEN-/ KINDERGARTENKIND)



funktionelle
CHIROPRAKTIK

Kontakt

Hugo-Junkers-Straße 6

38518 Gifhorn

Tel.: 05371-619 83 43

Mail: info@funktionelle-chiropraktik.de

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 können einige Techniken der Säuglings- und Kinderchiropraktik sehr denen der Osteopathie ähneln. 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

¹Hurwitz E.L., Aker P.D., Adams A.H., Meeker W.C. and Shekelle P.G., 1996. Manipulation and mobilisation of the cervical spine; A systematic review of the literature. Spine 21, 1746-1760.

1-6 Jahren

(KRIPPEN-/ KINDERGARTENKIND)

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:

Aus welchem Grund kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns?

Vorsorge Beschwerden/Schmerzen Übungen/Trainingsplan

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, ...):

Um eine gute Anamnese machen zu können, benötigen wir zunächst Informationen aus der Vergangenheit Ihres Kindes.

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

Lag das Kind in Fehllage/Steißlage/Querlage? Nein Ja, welche? _____

Gab es während der Schwangerschaft Operationen? Nein Ja, welche? _____

GEBURTSVERLAUF

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

War die Geburt per Kaiserschnitt? Nein Ja, warum? _____

Kam es zu Geburtsverletzungen? Nein Ja, welche? _____

SÄUGLINGSZEIT

Mein Kind ist (war) verspannt im Rücken / überstreckt 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) einen schiefen/platten/verformten Hinterkopf. 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: _____

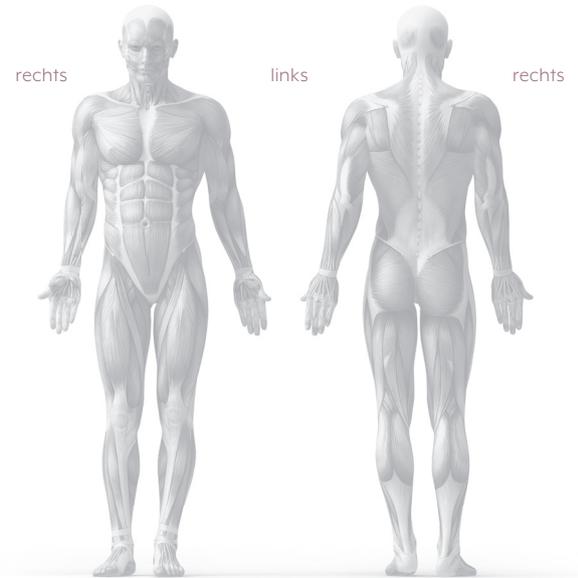
Nun widmen wir uns den aktuellen Beschwerden Ihres Kindes.

Bitte beschreiben Sie den Ort der Schmerzen und kennzeichnen Sie zusätzlich die Stellen der Beschwerden Ihres Kindes auf der Zeichnung. Ausstrahlende Schmerzen kennzeichnen Sie bitte durch Pfeile.

Seit wann bestehen diese Beschwerden? Gab es einen bestimmten Auslöser?

Wie und wann treten die Schmerzen typischerweise auf?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> konstant | <input type="checkbox"/> morgens schlimmer | <input type="checkbox"/> im Laufe des Tages besser |
| <input type="checkbox"/> wiederkehrend/episodisch | <input type="checkbox"/> abends schlimmer | <input type="checkbox"/> im Laufe des Tages schlechter |
| <input type="checkbox"/> langsam zunehmend | <input type="checkbox"/> wärmen hilft | <input type="checkbox"/> besser bei Bewegung |
| <input type="checkbox"/> anfallsartig/plötzlich | <input type="checkbox"/> kühlen hilft | <input type="checkbox"/> schlechter bei Bewegung |



ENTWICKLUNG KLEINKIND IM ALTER VON 1-3 JAHREN

Wann konnte ihr Kind alleine...

... laufen? früher als 12 Monate mit 12 Monaten später als 12 Monate

... Treppensteigen mit Festhalten? früher als 18 Monate mit 18 Monaten später als 18 Monate

... auf einem Bein stehen? früher als 24 Monate mit 24 Monaten später als 24 Monate

... auf beiden Beinen hüpfen? früher als 36 Monate mit 36 Monaten später als 36 Monate

Mein Kind hat bekannte Entwicklungsverzögerungen:

Haltung / Bewegung: Nein Ja, Diagnose: _____

Sprache/Verständnis: Nein Ja, Diagnose: _____

Konzentration / soziale Fähigkeiten: Nein Ja, Diagnose: _____

HIER FINDE ICH MEIN KIND WIEDER:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> ADS/ADHS |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen/Schnupfen | <input type="checkbox"/> Bettnässen | <input type="checkbox"/> schlechte Körperhaltung |
| <input type="checkbox"/> häufige Ohrenschmerzen | <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Reiseübelkeit |
| <input type="checkbox"/> häufiges Husten/Atemwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht/Bewußtlosigkeit | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Ängste | _____ |
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten | _____ |

Bitte füllen Sie weiter aus, wenn Ihr Kind 4 Jahre und älter ist.

ENTWICKLUNG KLEINKIND (AB 4 JAHREN)

- Mein Kind hat Schwierigkeiten, sich selbst anzuziehen.
- Mein Kind nuckelt (noch) am Daumen.
- Mein Kind kann (noch) nicht auf einem Bein hüpfen.
- Mein Kind ist Zehenspitzenläufer.
- Mein Kind ist Bettnässer.
- Mein Kind kann (noch) nicht Fahrradfahren.
- Mein Kind hat (noch) Schwierigkeiten beim Ballfangen.

Hatten Sie in der Vergangenheit schon einmal Beschwerden mit/entlang der Wirbelsäule, des Beckens/Hüfte oder mit Gelenken der Arme oder Beine? Wenn ja, welche und wann?

- die aktuellen Beschwerden kenne ich schon die aktuellen Beschwerden sind neu für mich

Welche Freizeitaktivitäten kann ihr Kind durch die Beschwerden nicht mehr ausüben?

Wie viel Sport treibt Ihr Kind durchschnittlich pro Woche?

- Nie 1x/Woche 2x/Woche 3-4x/Woche 5-6x/Woche

Folgende Sportarten: _____

Hatte Ihr Kind in den letzten fünf Jahren Unfälle? (z.B. Auto, Fahrrad, Sportunfall)

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?