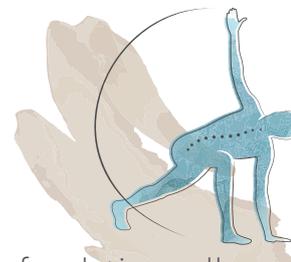


ANMELDEBOGEN

KIND 6-12 JAHRE (SCHULKIND)



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

Sorgfalts- und Aufklärungspflicht gebieten uns, jeden Patienten und ihren gesetzliche:n Vertreter:in über eventuelle Risiken zu 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 durch eine rasche, zielgerichtete Bewegung. Bei der Behandlung können Beeinträchtigungen der Beweglichkeit, daraus entstehende Faszien- und/oder Muskelspannungen sowie Schmerzen gelindert oder behoben werden. Selbst bei häufiger Anwendung leiern Gelenke, Bänder und Sehnen nicht aus, weil die Gelenke immer aus einer Fehlstellung in die natürliche Normalstellung zurückgebracht werden, nie jedoch umgekehrt.

BEHANDLUNGSRISIKEN

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine relativ risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Symptomen biomechanischen Ursprungs. Werden Gelenke an Armen und Beinen chiropraktisch korrekt behandelt, sind damit keine bekannten Risiken verbunden. In 1:100.000 Fällen können bei chiropraktischer Behandlung der Lenden- und Brustwirbelsäule Nervenwurzelreizungen bzw. -schädigungen auftreten, die in der Folge zu Schmerzen, Gefühlsstörungen und/oder Lähmungen im Bereich der Extremitäten führen können. Des Weiteren kann eine Behandlung Verletzungen des Bandscheibengewebes verursachen. Studien zeigen, dass das Risiko einer Verletzung/Schädigung der Wirbelarterie (Arteria vertebralis) durch eine chiropraktische Manipulation der Halswirbelsäule noch geringer ist. Nur in 0,64 von 1.000.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen.¹ Dabei ist jedoch zu beachten, dass bei Patienten mit vorgeschädigten Blutgefäßen (Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht, Diabetes etc.) auch normales Alltagsverhalten, wie der Schulterblick beim Autofahren, zu einer solchen Komplikation führen könnte.

GIBT ES BEHANDLUNGSREAKTIONEN?

Innerhalb der ersten 48 Stunden nach der Behandlung können muskelkaterähnliche Schmerzen auftreten, die durch Kühlen der betroffenen Stellen in der Regel schnell wieder verschwinden. Es kann zu vorübergehender Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit ein Instabilitätsgefühl einstellen. Sollten Sie noch weitere Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Chiropraktor.

MITTEILUNGSPFLICHT

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

BEHANDLUNGSPAUSE

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie in dieser Praxis nach 2 Jahren ohne Behandlung wieder als Neupatient gelten. 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.

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 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.

6-12 Jahre

(SCHULKIND)

Sehr geehrte 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?

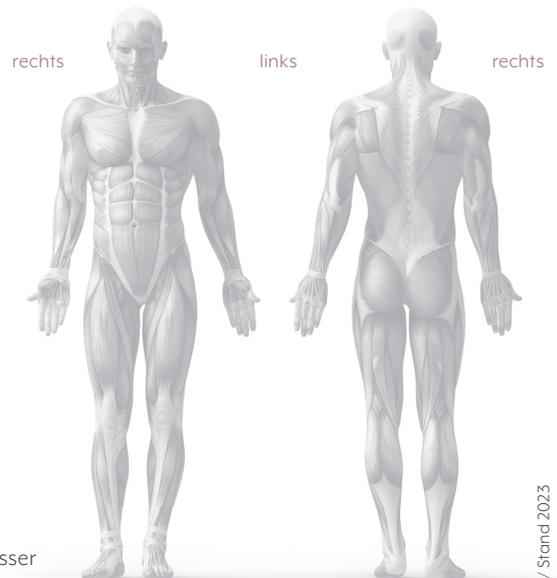
- Nein Ja, bei _____

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

Wie äußern sich die Beschwerden? Wie fühlt sich der Schmerz für Ihr Kind an?

- Taubheit Ziehen Pulsieren Rötung
 Kribbeln Stechen Ameisenlaufen Schwellung
 Brennen Druckempfindlichkeit Kältegefühl Sonstiges: _____

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?

- konstant morgens schlimmer im Laufe des Tages besser
 wiederkehrend/episodisch abends schlimmer im Laufe des Tages schlechter
 langsam zunehmend wärmen hilft besser bei Bewegung
 anfallsartig/plötzlich kühlen hilft schlechter bei Bewegung

Der Schmerz ist besser bei/mit: _____

Der Schmerz ist schlechter bei/mit: _____

Mein Kind hat bekannte Entwicklungsverzögerungen:

Haltung / Bewegung: Nein Ja, Diagnose: _____

Sprache/Verständnis: Nein Ja, Diagnose: _____

Konzentration / soziale Fähigkeiten: Nein Ja, Diagnose: _____

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:

Trägt Ihr Kind Einlegesohlen?

- Einlegesohlen mit Hackenerhöhung (links rechts) Keine

Hier finde ich mein Kind wieder:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> schlechte Körperhaltung |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Reiseübelkeit | <input type="checkbox"/> Skoliose |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen/Schnupfen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme |
| <input type="checkbox"/> häufige Ohrenscherzen | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Lese-/ Rechtschreibschwäche |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> ADS/ADHS | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Trägheit/Depression | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Aggression | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Andere: |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <hr/> |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Durchfall | <hr/> |
| <input type="checkbox"/> Zahnsperre | <input type="checkbox"/> Untergewicht | <hr/> |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Übergewicht | |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> häufiges Fieber | |

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

Hatte Ihr Kind in den letzten 5-10 Jahren Operationen?

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente, Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel oder ähnliches?

Was erwarten Sie von dem Besuch beim Chiropraktor? Was sind Ihre Behandlungsziele? Haben Sie Wünsche oder Anliegen?

SONSTIGE BEMERKUNGEN:

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

Ort, Datum

Unterschrift, bzw. Unterschrift des/r gesetzl. Vertreters/Vertreterin

Sie haben Fragen?

Dann sprechen Sie uns gerne an. Tel.: 05371-619 83 43 / www.funktionelle-chiropraktik.de