

Praxis für Osteopathie Bettina Neidhardt

Anmeldebogen für Schulkinder

Bitte bringen Sie den Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben mit in die Praxis. So bleibt uns mehr Zeit für die Behandlung. Vielen Dank.

Name der Eltern: _____

Name des Kindes: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefon/Mobil: _____

E-Mail: _____

Versicherung: _____

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? _____

War ihr Kind schon mal in osteopathischer Behandlung? Wann? _____

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus. Bei Beispielen reicht es, zu unterstreichen. Sollten Sie Fragen haben, machen Sie sich Notizen am Rand, dann können wir diese besprechen.

Schwangerschaft:

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft ? Welche ?

Das wievielte Kind? _____ Wieviele Geschwister? _____

Dauer der Schwangerschaft _____ SSW

Alter der Mutter bei der Geburt _____ Jahre

Mehrlingsschwangerschaft / Querlage / Steißlage

Gab es eine äußere Wendung ? Ja ()

Geburt:

Ich habe spontan / mit Wunsch-Kaiserschnitt / Sek. Kaiserschnitt / Saugglocke entbunden.

Geburtsgewicht _____ g. Länge: _____ cm

APGAR ___ / ___ / ___

Auffälligkeiten des Säuglings:

Unreife Hüfte re - li / Fußfehlstellung re - li / Stillprobleme / 3 Monats-Koliken

Gab/ Gibt es eine Physiotherapeutische / Ergotherapeutische / Logopädische
Behandlungen ? Wie lange? _____

Schlafverhalten :

Mein Kind geht zu Bett um _____ und wacht _____ mal in der Nacht auf.

Schwierigkeiten beim Einschlafen Ja ()

Zähneknirschen Ja ()

Stuhlgang: täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, Neigung zu Durchfall oder Verstopfung

Hatte Ihr Kind eine Operation?

Welche und in welchem Alter ?

Ist Ihr Kind geimpft? Ja ()

Sonstige Erkrankungen:

Allergien / Neurodermitis / häufige Infekte / Mittelohrentzündungen / ADS/ADHS

Fehlsichtigkeit ...

In welchem Alter konnte Ihr Kind krabbeln _____ Monate

laufen _____ Monate

sprechen _____ Monate

Was führt Sie zu mir?

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT...) zum nächsten Termin mit.

Für alle Patienten gelten die Honorare auf bneidhardt.com, unabhängig von Ihrer Versicherung (gesetzlich, privat, Beihilfe). Eventuelle Differenzen zwischen der Leistung Ihrer Versicherung und meinem Honorars sind von Ihnen selbst zu tragen.

Ihnen ist bekannt, dass die Behandlung bei Nichterscheinen oder Zuspätkommen in voller Höhe berechnet wird, da der Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden kann. Mit der Vereinbarung eines Termins und Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese Konditionen an.

Hamburg, _____ Unterschrift: _____