

Herzlich willkommen in Familien Chiropraktik
Ammersee

KINDERFRAGEBOGEN

Name des/ der Erziehungsberechtigten

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Straße/ Nr.: _____ PLZ/ Ort: _____

Email: _____

Tel: Privat: _____ Mobil: _____ Arbeit: _____

Name des Kindes:

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Das Kind ist wie versichert?

Krankenversicherung:

- Privat versichert bei _____ Beihilfe berechtigt
 Zusatzversichert bei _____
 Gesetzlich versichert bei _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anamnese speziell für Kinder:

Familie:

- In der Familie sind Wirbelsäulenprobleme bekannt. Wenn JA bei wem? _____
- Wir haben oft Probleme mit dem Nacken / Kreuz (z.B. Nacken-, Kopfschmerzen, Migräne)
- Geschwisterkinder waren schon hier in der Praxis

Schwangerschaft:

Alter der Mutter bei der Geburt _____ Schwangerschaftswochen bei der letzten Geburt _____

Wie viele Kinder wurden geboren _____ Geburtsgewicht des letzten Kindes _____ Größe _____

- Fehllage
- Querlage
- Beckenendlage
- Sonstiges

Geburt:

- Mehrlingsgeburt (wie viele _____)
- Presswehen haben _____ Stunden gedauert
- PDA Hilfsmittel (Saugglocke, Zange etc.) _____
- Kaiserschnitt warum? _____
- Geburtsverletzungen bei der Geburt wurde auf den Bauch gedrückt / gepresst

Auffälligkeiten:

- Das Kind schläft nicht gut ein. Einschlafdauer _____
- Das Kind wird im Schlaf oft wach wie oft? _____
- Es existiert eine bestimmte Schlafhaltung? _____
- Es gibt Stillschwierigkeiten an welcher Stelle _____
- Das Kind trinkt/isst schlecht oder wenig
- Das Kind sabbert extrem oder spuckt oft
- „Schreikind“
- „Drei-Monats-Koliken“
- Das Kind ist empfindlich am Nacken
- Das Kind rauft sich oft die Haare

Sonstige Gesundheitsprobleme:

- Rachenwegsinfekte _____
- Neurodermitis _____
- Allergien _____
- Kopfschmerzen (wie häufig?) _____
- Neurologische Erkrankungen _____
- Sehschwäche _____
- hat oft den Mund offen

Entwicklungsverzögerung:

- Haltung und Bewegung _____
- Sprache und Verständnis _____
- Konzentration _____
- Soziales _____
- Sonstiges _____

Asymmetrie, Fehlhaltung:

- wurde direkt nach der Geburt festgestellt / gesehen _____
- wurde erst bei später festgestellt / gesehen _____
wer hat es festgestellt (Hebamme, Arzt etc.) _____
was ist besonders Auffällig? (schiefer Kopf, Rumpf, Bein- oder Armhaltung)

- Baby schaut nur / dreht sich nur nach rechts links
- Baby bewegt beide Arme und Beine gleich / welche Seite weniger? _____
- Gesicht ist auf einer Seite kleiner rechts links
- Hinterkopf ist auf einer Seite flacher rechts links
- Das Baby hat ein haarloses Gebiet – wo? _____

Bisherige Therapie: _____

Kontaktdaten des Kinderarztes: _____

Sehr geehrter Kunde, nachfolgend sind unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen aufgeführt.

§ 1 Inhalt des Behandlungsvertrages

1. Der Chiropraktiker erbringt seine Dienste gegenüber dem Kunden in der Form, dass er seine Kenntnisse und Fähigkeiten bzgl. Ausübung der Heilkunde zur Aufklärung, Beratung, Diagnose und Therapie des Kunden anwendet.
2. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen und Behandlungen seitens des Patienten aufgrund der chiropraktischen Behandlung abgelehnt oder verschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Kunden.

§ 2 Honorierung

1. Die Kosten für die Behandlung werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Die Preise entnimmt bitte dem Heil- und Kostenplan. Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass die genaue Kostenhöhe vom Verlauf der Behandlung abhängt.
2. Die Honorare sind nach jeder Behandlung vom Kunden zu bezahlen.
3. Terminabsagen 24 Stunden vorher werden nicht berechnet. In allen anderen Fällen sind wir gem. § 252 BGB berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Dies gilt auch für den Ersttermin.

§ 3 Honorarerstattung durch Dritte

1. Soweit der Kunde Anspruch auf Erstattung oder Teilerstattung des Honorars durch Dritte hat oder zu haben glaubt, wird § 3 Abs. 2 hiervon nicht berührt.
2. Der Chiropraktiker führt keine Direktabrechnung durch und kann auch das Honorar oder Honoraranteile in Erwartung einer möglichen Erstattung nicht stunden.
3. Nachträgliche Rechnungsänderungen aufgrund Anpassung an die Erstattung oder Teilerstattung ist nicht möglich.
4. Die üblichen Erstattungssätze gelten nicht als vereinbartes Honorar im Sinne des § 3 Abs. 2. Der Umfang der Leistungen beschränkt sich nicht auf erstattungsfähige Leistungen.
5. Der Chiropraktiker erteilt in Erstattungsfragen dem Dritten keine direkten Auskünfte. Alle Auskünfte und notwendigen Bescheinigungen erhält ausschließlich der Kunde. Derartige Leistungen sind honorarpflichtig.

§ 4 Vertraulichkeit der Behandlung

1. Der Chiropraktiker behandelt die Kundendaten vertraulich.
2. Absatz 1. ist ferner nicht anzuwenden, wenn in Zusammenhang mit der Beratung, Diagnose oder Therapie persönliche Angriffe gegen ihn oder seine Berufsausübung stattfinden, und er sich mit der Verwendung zutreffender Daten oder Tatsachen entlasten kann.

§ 5 Rechnungsstellung

Nach Abschluss jeder Behandlungsphase erhält der Kunde auf Verlangen eine diagnosespezifische Rechnung.

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Risiken und Nebenwirkungen

1. Ein kompletter Risikoausschluss kann nicht gewährleistet werden. Wie bei jeder Art von Behandlung besteht auch bei einem chiropraktischen Eingriff trotz Anwendung sanfter kontrollierter Techniken ein geringes Restrisiko.
2. Die Häufigkeit der in der wissenschaftlichen Literatur berichteten Schäden an den Vertebral Arterien (Arterie der Halswirbelsäule) nach einer manualmedizinischen Therapie ist unklar. Gemäß Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.7.93 302/91) weisen wir daher darauf hin, dass es trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.
3. Gemäß Urteil vom OLG Stuttgart (vom 20.1.97 14 U 44/96) weisen wir darauf hin, dass es im Anschluss an die Behandlung zur Verschlechterung der Beschwerden kommen kann. Insbesondere durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigte Kunden informieren wir hiermit, dass auch bei fehlerfreier Durchführung des Eingriffs eine Verschlechterung des Bandscheibengewebes und dessen Folgen nicht ausschließbar sind. So kann es insbesondere bei der Flexions- Distractions Behandlung zu einer Veränderung des Zustands kommen.

Ich bin persönlich über mögliche Risiken und Nebenwirkungen von chiropraktischen Manipulationstechniken informiert worden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Kunde: _____ Unterschrift Chiropraktiker: _____

**Datenschutzrechtliche Einwilligung
in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes**

Hiermit erteile ich

(Vorname, Name)

(Geburtsdatum)

als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

(Vorname, Name)

(Geburtsdatum)

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers:

Robert Kastenberger – Chiropraktik Ammersee – St. Jakobs Bergerl 2 – 86938 Schondorf

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Bei EC-Kartenzahlung werden meine Daten der Firma POS-Cash (Kartenlesegerät) zugänglich.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Die Datenschutzerklärung in Papierform wurde ausgehändigt.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Für Rückfragen, Terminabsprachen o.ä. stimme ich der telefonischen und elektronischen Kontaktaufnahme zu.

Telefon/ Email: _____

Schondorf, den _____

(Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreters)

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Robert Kastenberger – Chiropraktik Ammersee – St. Jakobs Bergerl 2 – 86938 Schondorf