

## Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und nehmen sich genug Zeit. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum ersten Termin mit.

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Festnetz \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

(&ggf. Zusatzvers.) \_\_\_\_\_

Namen der

**Erziehungsberechtigten** \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie diesen Fragebogen, das U-Heft (gelbes Heft) zur ersten Behandlung mit!**

Bestehen gesundheitliche Vorerkrankungen oder Operationen? Ja Nein Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind regelmäßige Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es bekannte Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind jemals einen Fieberkrampf oder andere Anfälle? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter Atemwegserkrankungen? Z.B. Asthma Ja Nein

Gibt es bei Ihrem Kind Entwicklungsprobleme? Ja Nein

Wenn ja, in welchen Bereichen? \_\_\_\_\_

Aktuelles Körpergewicht ca. \_\_\_\_\_ kg Aktuelle Körpergröße ca. \_\_\_\_\_ cm (Datum \_\_\_\_\_)

Gibt es bestimmte Diäten oder Ernährungsrichtlinien? \_\_\_\_\_

Mit wie viel Monaten konnte ihr Kind: krabbeln \_\_\_\_\_ / frei Gehen \_\_\_\_\_ / 2-Wort Sätze bilden \_\_\_\_\_ / war es trocken \_\_\_\_\_

Schildern sie Kurz den **Grund** für die Behandlung:

### Schwangerschaft und Geburt

Gab es **Besonderheiten** während der **Schwangerschaft**?

(z.B. Medikamenteneinnahme, Blutungen, Auffälligkeiten im Ultraschall, Liegezeiten, Eingriffe, Blutungen, Unfälle, Infekte (Mutter / Kind), besonderen Stress der Mutter, emotionale Krise der Mutter ...)

## Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

(Diese Angaben finden sie im Mutterpass und im U-Heft)

Geburtsmodus \_\_\_\_\_ und Geburtslage \_\_\_\_\_

Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_ SSW Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ g Größe \_\_\_\_\_ cm

Kopfumfang \_\_\_\_\_ PH-Wert der Nabelarterie \_\_\_\_\_ APGAR \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Wievielte Schwangerschaft \_\_\_\_\_ Wievielte Geburt \_\_\_\_\_ gestillt ja / nein

wie lange gestillt: \_\_\_\_ Monate Zeugungshilfe: Keine, Insemination, Hormongaben, IVF, ICSI

Geschwister (gerne Name & Alter) \_\_\_\_\_

Wie hat die Mutter die Schwangerschaft erlebt? (Gab es **Beschwerden**?)

Wie war die **Geburt**? (Zangengeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, medikamentöse Einleitung, PDA, Schmerzmedikamente, sonstige Probleme)

Welche **Erkrankungen** sind Ihnen in Ihrer **Familie** bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister des Kindes)  
z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten,  
Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rhema, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose,  
Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, usw.

Welche **Infektionskrankheiten** hat ihr Kind durchgemacht? (Masern, Mumps, Röteln,  
Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.)

Gab es größere **Infekte**? z.B. Bronchitis, Nebenhöhlenentzündungen, Mittelohrentzündung,  
Mandelentzündung, Blasenentzündung (wie häufig?)

Gab es Reaktionen auf **Impfungen**? (z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit,  
Verhaltensveränderungen, weitere?)

Wie **schläft** ihr Kind? (z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im  
Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen)

Welche **Einschlafhilfen** hat es (z.B. Tragen, Daumenlutschen, Schnuller, Fläschchen, Kontakt, etc. )

Schlafenzeiten (von – bis) ca. \_\_\_\_\_

Wie häufig hat ihr Kind **Stuhlgang** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ x Tag oder \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ x Woche Hat  
ihr Kind Probleme beim Stuhlgang? (z.B. Schmerzen, Angst, harter Stuhl, häufiger Durchfall,  
Inkontinenz, etc.)

Gibt es Probleme mit der **Harnblase**? (z.B. häufige Harnwegsinfekte, auffällig häufiger Harndrang,  
obwohl trocken einnässen bei Stress, in der Nacht, am Tage, auffälliges Trinkverhalten, etc.)

**Augen** Bindehautentzündung, Fehlbildungen, Schielen, dauerhaft tränende Augen, etc.

Trägt Ihr kind eine Brille? Wenn ja, welche Stärke re. \_\_\_\_\_ li. \_\_\_\_\_

## Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

**Zähnen** Zahnsperre, auffällig starke Schmerzen beim Zahnen, Zusätzliche Zähne, Fehlende Zahnanlagen, viel Karies, Wurzelentzündungen, etc.)

Gibt es Probleme an den **Organen**? (z.B. Fehlbildungen, Herzfehler, Funktionsprobleme?) Welche genau?

---

Möchten sie weitere Angaben machen, die bisher nicht abgefragt wurden?

**Bitte bringen sie weitere relevante Befunde zum Termin mit Arztbriefe, Befunden, Röntgenbilder, weitere Aufnahmen (bei MRT oder CT Aufnahmen genügt der Bericht, gerne in Kopie)**

Ich habe die Fragen  
vollständig gelesen  
Wissen beantwortet:

zur Vorgeschichte  
und nach bestem

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Sorgeberechtigten) \_\_\_\_\_

---

### BEHANDLUNGSVERTRAG

Zwischen der Praxis ARGENTATO und dem auf Seite 1 benannten Patienten bzw. bei Minderjährigen dessen Sorgeberechtigten.

#### I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die therapeutische Behandlung des Patienten.

#### II. Honorar

Als Honorar für eine Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung ein Betrag von 70 – max. 80 € vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Das Honorar ist unmittelbar fällig und nach Rechnungsstellung sofort zu zahlen.

#### III. Hinweise

Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist. Der Patient ist daher verpflichtet Termine pünktlich einzuhalten und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen (Nachricht auf dem Anrufbeantworter oder unter [info@physiotherapie-argentato.de](mailto:info@physiotherapie-argentato.de)), damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von 70€ an.

Name des Patienten und der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

## Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

### PATIENTENAUFKLÄRUNG

Die manuelle Therapie erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seine Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht. Anwendung sind Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Funktionsstörungen der inneren Organe, Funktionsstörungen des Nervensystems, Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems. Besonderheiten der **Kindertherapie**: Aufgrund des weichen und sensiblen Gewebes kommen hier nur die sanftesten Techniken zum Einsatz. In der Regel entspannen die Kinder während der Behandlung.

**Gegenanzeigen/Kontraindikationen:** Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann. Die Behandlung ist als **Primärbehandlung kontraindiziert** bei: Aneurysmen, akuten Entzündungen, Infektionserkrankungen, Brüchen, fiieberhaften Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Bluterkrankheit, Durchblutungsstörungen des Gehirns, spontanen Hämatombildungen, Thrombosen, Schwerem Krankheitsgefühl, akuten Herz – Kreislaufbeschwerden. *Bitte wenden sie sich diesen Fällen zuerst an ihren Arzt!*

**Risiken der Behandlung** sind: Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörungen, Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung, Muskelkaterähnliche Schmerzen. Bei Babys in der Regel Müdigkeit oder Unruhe.

**Risiken der Wirbelsäulenbehandlung:** Die manipulativen Techniken kommen bei Säuglingen nicht zum Einsatz, und bei älteren Kindern nur sehr selten. In diesen Fällen wird es vorher besprochen. Gelegentlich treten leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut. In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1. 2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechen Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich über die Untersuchung und Behandlung aufgeklärt worden zu sein. Sollte ich weitere Fragen haben, wende ich mich jederzeit an den Therapeuten.

Ich wünsche die Behandlung wie oben beschrieben. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen. Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Name des Patienten und der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch & Individuelle Risikofaktoren des Patienten