



Personenbezogene Daten:

Name (Kind) _____
Vorname (Kind) _____
Geb.-Datum (Kind) _____
Name (Vers.) _____
Vorname (Vers.) _____
Geb.-Datum (Vers.) _____
PLZ, Wohnort _____
Straße _____
Tel.: Privat / Handy _____
Hausarzt (Kinderarzt) _____
Anschrift _____
Sonst. Beh. Arzt _____
Anschrift _____
Krankenkasse / Vers.-Nr. _____

Naturheilpraxis

Susanne Dirksen
Physiotherapeutin
Heilpraktikerin

Osteopathie (BAO)
Kinderosteopathie (DAOM)

Kossberg 1
59510 Lippetal-Herzfeld

Tel. 02923/7800
Fax 02923/659668
susanne.dirksen@web.de

1. Welche Beschwerden / Veränderungen sind der Anlass zur Vorstellung bei mir?

2. Seit wann bestehen diese Beschwerden?

3. Welche Behandlungen sind bisher erfolgt und bei wem?

(Berichte: ja nein)

Raum für zusätzliche Anmerkungen:

Steuer-Nr. 5343/5875/2633

Volksbank
Beckum-Lippstadt eG

BLZ 416 601 24
Konto-Nr. 3506587500

IBAN
DE71 4166 0124 3506 5875 00

BIC
GENODEM1LPS



Schwangerschafts- und Geburtsvorgeschichte

Haben Sie mehrere Kinder? nein ja, wieviele _____ Alter: _____
Besonderheiten in der Schwangerschaft? nein ja, welche _____
Schwangerschaftsdauer _____ SSW

Geburt

Geburtsdauer vom Blasensprung an _____ natürliche Geburt
 Zangengeburt Saugglocke Kaiserschnitt Dammschnitt
 Mehrlingsgeburt

Wehen treibende Mittel nein ja, welche _____

Komplikationen unter der Geburt nein ja, welche _____

Gewicht des Säuglings _____ g **Größe des Säuglings** _____ cm

Verringertes Fruchtwasser ja nein

Nabelschnur um den Körper ja nein

Nabelschnur um den Kopf ja nein

blaue Verfärbung des Babys nach der Geburt ja nein

Notsituation (Beatmung o.Ä.) ja nein

Kindeslage bei der Geburt (bitte eintragen, was Sie über Geburtslage wissen)

Kopflage Stirnlage Hinterhauptslage „Sterngucker“ Steißlage

Andere abnorme Kindeslage nein ja, welche _____

Verletzungen bei der Geburt

Schlüsselbeinbruch ja nein

Nervenschädigung am Hals (Plexus) ja nein

Nach der Geburt

Entlassung mit Ihrem Baby ja nein

Behandlung in der Kinderklinik ja nein

Behandlung Frühgeborenen-Intensiv ja nein

Eigene Ergänzungen

Ort, Datum Unterschrift



Vorgeschichte zu verschiedenen Symptomen der bisherigen Kindheit

Stillen, Nahrungsaufnahme und Verdauung

Wie lange haben Sie gestillt? _____

Stillenschwierigkeiten? ja nein Saugschwierigkeiten (Flasche)? ja nein

Spuckt Ihr Kind nach der Nahrungsaufnahme? ja nein sofort später **Speikind?** ja nein
 ständig gelegentlich

Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme? sofort später wenig nein

Erbrechen im Schwall? ja nein

Blähungen? keine auffällig oft stark ausgeprägt

Leidet Ihr Kind an Verstopfung? ja nein

Haltung, Lagerung, Koordination und Verhalten

Im Liegen schiefe Haltung ja nein

Bevorzugung einer Körperseite nein ja, welche? _____

Bevorzugte Kopfdrehhaltung keine nach rechts nach links

Körperliche Unruhe als Baby ja nein

Zwangsbewegungen nein ja, welche? _____

Schreikind? ja nein **3 Monatskoliken** ja nein

Ist die Spannung des Körpers / der Muskulatur nach Ihrem Empfinden

normal herabgesetzt verstärkt den ganzen Körper betreffend einseitig beidseitig

Motorik (erstes Robben, Krabbeln etc.)

Schwierigkeiten beim Robben ja nein Alter _____

Krabbeln ja nein Alter _____

Sitzen ja nein Alter _____

Stehen ja nein Alter _____

Laufen ja nein Alter _____

Schwierigkeiten der Grobmotorik nein ja, welche Art? _____

Feinmotorik nein ja, welche Art? _____

Koordination nein ja, welche Art? _____

Schwierigkeiten beim Hüpfen (beidbeinig) nein ja

Hüpfen (einbeinig) nein links rechts

Liegen Sehstörungen vor? nein ja, welche Art? _____

Liegen Hörstörungen vor? nein ja, welche Art? _____

Liegen Konzentrationsschwächen vor? nein ja

Zeichen einer verstärkten Aktivität (Hyperaktivität) nein ja

oder autistische Züge nein ja

Veränderungen und/oder Erkrankungen am Bewegungsapparat und andere Erkrankungen

Säuglingsskoliose ja nein **Hüftdysplasie** ja nein

Ultraschalluntersuchungen nein ja, wann? _____

Ergebnis: _____ **Fußdeformierungen** ja, welche? _____

Bronchitis häufig ja nein **Lungenentzündung** ja, wann? _____

Mandelentzündung häufig ja nein **Mittelohrentzündung** erstmals _____ häufig

Epilepsie Paukenerguss Fieberkrämpfe Krampfanfälle Lähmungen

operative Behandlungen _____

Susanne Dirksen
Physiotherapeutin · Heilpraktikerin

Naturheilpraxis
Osteopathie (BAO)
Kinderosteopathie (DAOM)



Susanne Dirksen · Kossberg 1 · 59510 Lippetal-Herzfeld

Behandlungsvertrag
zwischen
Susanne Dirksen, Kossberg 1, 59510 Lippetal
und

Naturheilpraxis
Susanne Dirksen
Physiotherapeutin
Heilpraktikerin

Osteopathie (BAO)
Kinderosteopathie (DAOM)

Kossberg 1
59510 Lippetal-Herzfeld

Tel. 02923/7800
Fax 02923/659668
susanne.dirksen@web.de

Name	Vorname	Geb. Datum
------	---------	------------

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Telefonnummer	Mobil	E-Mail
---------------	-------	--------

Die Grundlage für die Behandlung ist der ausgefüllte Anamnesefragebogen.

Ich biete Ihnen als Osteopathin und Heilpraktikerin osteopathische Behandlungen an.

Für eine osteopathische Behandlung erlaube ich mir nach GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) eine Summe von **85,00€** in Rechnung zu stellen.

Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihre Termine bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Andernfalls muss ich Ihnen ausgefallene Termine privat in Rechnung stellen.

Nach privater Sonderregelung gesetzlicher Krankenkassen erstattet Ihre Versicherung einen gewissen Anteil der Behandlung nach Einreichung der Rechnung und einer privaten formlosen Verordnung eines Arztes über osteopathische Behandlungen.

Bitte legen Sie hiermit fest, ob Sie Ihre Rechnung

- als formloses Rezept „Osteopathie“ oder
- über Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis (GebüH) für Heilpraktiker wünschen.

Eine spätere Änderung ist leider nicht möglich.

Lippetal, _____

Datum und Unterschrift

Steuer-Nr. 5343/5875/2633

Volksbank
Beckum-Lippstadt eG

BLZ 416 601 24
Konto-Nr. 3506587500

IBAN
DE71 4166 0124 3506 5875 00

BIC
GENODEM1LPS