



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  
verwaltung@lippevital.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