



FRAGEBOGEN KINDER

Datum:

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Erziehungsberechtigte/r:

Adresse:

Telefon (tagsüber): Email:

Krankenversicherung: ☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Zusatzversicherung ☐ Beihilfe

Name der Versicherung(en):

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?:

o Was ist der **Grund/Anlass** für die osteopathische Untersuchung/Behandlung?

o Wie war der **Schwangerschaftsverlauf**?

o Wie verlief die **Entbindung** (Dauer, Hilfsmittel wie Saugglocke, Komplikationen)?

Geburtsgewicht g, Geburtsgröße cm

o Sind **frühere Gesundheitsstörungen** (z.B. Gelbsucht nach Geburt, Schiefhals, Koliken, Spreizhose, Lungenentzündung, häufige Infekte, Impfreaktionen) bekannt?

o **Entwicklungsstationen:** 1. Krabbeln

(Bitte Alter angeben)

1. Gehen

1. Stehen

1. Sprechen (Mama, Papa)

Beurteilen Sie folgende **Leistungen Ihres Kindes** soweit wie möglich (1 = sehr gut, 5 = schwierig)

Feinmotorik (Basteln, Malen, Essen)	1	2	3	4	5
Grobmotorik (Krabbeln, Laufen, Klettern)	1	2	3	4	5
Körperbalance	1	2	3	4	5
Konzentrationsfähigkeit	1	2	3	4	5

Erklärung:

Mir ist bekannt, dass die Abrechnung für die von mir gewünschte osteopathische Untersuchung und Behandlung auf der Grundlage des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erfolgt und von mir gegen Rechnung zu bezahlen ist.

Terminänderungen /-absagen werde ich so früh wie möglich, spätestens aber 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin vornehmen. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine bezahle ich die ausgefallene Behandlung gegen Rechnung.

Unterschrift: