



Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel. _____

Name/ Vorname Eltern: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

KV: _____ E-Mail: _____

Hebamme: _____ Kinderarzt*: _____

Sonst. behandelnder Arzt*: _____

Grund der Konsultation (Beschwerden/Probleme/Veränderungen/Störungen) ?

Seit wann bestehen diese Probleme?

Welche Behandlungen sind bisher erfolgt, bei wem und mit welchem Ergebnis?

Hat ihr Kind Geschwister? _____

Wenn ja wie viele und welches Alter? _____

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____

Besonderheiten während der Schwangerschaft (Einnahme von Medikamenten/
Konsum von Alkohol, Zigaretten oder anderen Drogen/ wurden vom Partner*in
Drogen konsumiert/ Gefühlslage der Mutter)?

Schwangerschaftsdauer: _____ SSW Geburtsdauer: _____

() geplanter Kaiserschnitt , () vaginale Geburt, () Kaiserschnitt, () Saugglocke,
() Mehrlingsgeburt, () Zangengeburt, () Dammverletzungen

Wehentreibende/ schmerzstillende Mittel?

Komplikationen unter der Geburt?

APGAR Wert: _____ Gewicht/ Größe Säugling: _____

Verringertes/ verfärbtes Fruchtwasser? _____

Nabelschnur um Kopf/ Körper? _____

Notsituation (Beatmung o. ä.)? _____

Kindslage bei Geburt? _____

Verletzungen bei der Geburt (Schlüsselbeinbruch/ Nervenschädigungen/ Andere)?

Kopfform direkt nach Geburt?

War die Mutter bei der Geburt wach?

Hat die Mutter das Kind direkt nach Geburt gesehen? _____

Bekam die Mutter das Kind direkt angelegt, konnten/wollten Sie Stillen?

Entlassung mit Ihrem Kind, Behandlung in der Kinderklinik,

Behandlung auf der Frühgeborenen-Station/ Intensiv, Hausgeburt

Ersten Tage nach Geburt (Wohlbefinden des Säuglings/ Mutter/ Partner*in,
gleich viel Besuch/ Trubel/ Reaktion der Geschwister)?

Nahrungsaufnahme/ Verdauung/ Schlaf?

Entwicklung (motorisch/ sprachlich/ Koordination/Haltung/ Verhalten)?

Ist Ihr Kind

() gerobbt () gekrabbelt () gelaufen, in welchem Alter: _____

Sehstörungen/ Hörstörungen/ Konzentrationsschwächen/
Aufmerksamkeitsstörungen/ verstärkte Aktivität?

Allergien/ Unverträglichkeiten?

Impfungen/ Reaktionen auf Impfungen:

Durchgemachte Erkrankungen/ Operationen?

Stürze/ Unfälle?

Gibt es familiär auftretende Krankheiten?

Befand/befindet sich Ihr Kind in einer kieferorthopädischen Behandlung? Wenn ja, Warum:

Trägt Ihr Kind eine Brille? Wenn ja, seit wann und warum?: _____

Klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen? Wenn ja, wie oft ? Und wie fühlt sich der Schmerz
an _____

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Lesen und Medien (TV, Computer, Tablet, Smartphone o.Ä)

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente: Wenn ja, welche _____

Befindet sich Ihr Kind derzeit in einer Therapie? (Ergo-Logotherapie o.Ä)

Sonstiges:

Name des Patienten: _____ Vorname: _____
Bei Minderjährigen bitte zusätzlich den Namen/Vornamen der/des Erziehungsberechtigten angeben:
Name: _____ Vorname: _____

Bitte bringen Sie ein Handtuch zu jeder Behandlung mit.

Vereinbarung zwischen ZOM und Patient

1. Der Vertrag über eine Behandlung ist ein Dienstvertrag. Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung an die für Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Osteopathen geltende Gebührenordnung. Mit Kenntnisnahme der Kosten gilt der Gebührensatz als vereinbart (§612 BGB).

2. Ein Termin beinhaltet Anamnese, Beratung, Aufklärung, Untersuchung und Behandlung. In seltenen Fällen, bei einer ausgiebigen Anamnese, reicht die Zeit beim ersten Termin für eine Behandlung nicht aus. Der 1. Termin mit mindestens einer der in Punkt 2 aufgeführten Tätigkeiten dauert ca. 50 Minuten und wird mit 95,00 €-105,00€ berechnet.
Alle Folgetermine dauern ca. 20-30 Minuten und werden mit 50,00 €- 60,00 € berechnet.

3. Der Patient muss damit rechnen, dass er seine Aufwendungen nicht voll erstattet bekommt. Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit Ihrer Krankenkasse.

4. Die Absage eines Termins sollte spätestens 24 Stunden vor der Behandlung telefonisch erfolgen, da es sich hier um eine sogenannte Bestellpraxis handelt. Das bedeutet die vereinbarten Termine werden ausschließlich für Sie als Patient reserviert. Bei einem nicht rechtzeitig abgesagten Termin oder Nichterscheinen, werden wir Ihnen gemäß §252 BGB ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen. Das Ausfallhonorar beträgt 50% der Behandlungskosten und entsteht nicht, wenn das Nichterscheinen zum vereinbarten Termin unverschuldet war.

5. Nach Rechnungseingang hat der Patient eine Frist von zwei Wochen zur Begleichung der Kosten, unabhängig ob der Krankenversicherungsträger bereits eine Erstattung genehmigt hat.

6. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Chiropraktik, Physiotherapie, Osteopathie, Akupunktur oder jeder anderen Methode.

7. Wir arbeiten mit gezielten und sanften Techniken und schulen uns regelmäßig weiter, somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum beschränkt.

8. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, andernfalls setzen wir Ihr Einverständnis voraus. Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum: _____ Unterschrift: _____
Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte.