

# FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEIT DES KINDES



**Werner Eisele**

Heilpraktik | Chiropraktik | Osteopathie

Liebe Eltern,

Um die Situation Ihres Kindes besser einschätzen zu können, möchten ich Sie freundlichst darum bitten den folgenden Fragebogen so genau wie möglich auszufüllen. – Vielen Dank

## Personenbezogene Angaben

\_\_\_\_\_  
Nachname der/des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Vorname der/des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Nachname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes

weiblich  männlich  
Geschlecht des Kindes

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
H.-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### KRANKENVERSICHERUNG

gesetzlich  privat  Beihilfe

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung

Zusatzversicherung für Heilpraktiker

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung

### BEZAHLUNG

Bar  Rechnung bei Privatpatienten

### ABRECHNUNG

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

a) Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Auskunft erhalten Sie an der Anmeldung. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung.

b) Sind Sie privat- oder zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker).

**Anmerkung:** wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf unserer langjährigen Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen übernommen werden. Ich behalte mir vor, an einem Tag zu beraten, zu untersuchen sowie chiropraktisch und osteopathisch zu behandeln. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen durch Ihre Krankenversicherung kann ich leider nicht garantieren Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit Ihrer gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

# Fragebogen zur Gesundheit des Kindes

Alle hier gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst exakt und wahrheitsgemäß.

## 1.0 ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND DES KINDES

### 1.1 Hat das Kind Beschwerden?

Das Kind hat keine Beschwerden. Die Behandlung ist prophylaktisch.

Das Kind hat folgende Beschwerden:

---

Die Beschwerden sind akut seit:  Tage  Wochen

Die Beschwerden sind chronisch seit:  Monate  Jahre

### 1.2 Nimmt das Kind zurzeit Medikamente?

nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

### 1.3 Wurde das Kind laut gültigem Impfplan geimpft?

nein  ja

### 1.4 Hatte das Kind Operationen?

nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

## 2.0 ANGABEN ZUR SCHWANGERSCHAFT

### 2.1 Um die wievielte Schwangerschaft handelte es sich?

\_\_\_\_\_

### 2.2 Gab es während der Schwangerschaft Probleme?

nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

### 2.3 Hatte das Kind eine Fehllage?

nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

### 2.4 Wie alt war die Mutter bei der Geburt des Kindes?

Jahre

### 3.0 ANGABEN ZUR GEBURT DES KINDES

#### ■ 3.1 Zeitpunkt der Geburt

Das Kind kam [ ] Tage zu früh

Das Kind kam [ ] Tage zu spät

#### ■ 3.2 Wie lange dauerte die eigentliche Geburt?

[ ]  
Stunden

#### ■ 3.3 Handelte es sich um eine Mehrlingsgeburt?

nein     ja

#### ■ 3.2 Welches Geburtsgewicht hatte das Kind?

[ ]  
Gramm

#### ■ 3.3 Gab es Probleme während der Geburt?

nein     ja, folgende: \_\_\_\_\_

#### ■ 3.4 Handelte es sich um einen Kaiserschnitt?

nein     ja

■ 4.0 **ANGABEN ZUR ENTWICKLUNG DES KINDES IM SÄUGLINGESALTER**  
(bitte auch für älteren Kindern ausfüllen)

- Das Kind kann/konnte den Kopf nicht halten  nein  ja
- Das Kind hat/hatte einen schief gehaltenen Kopf  nein  ja  links  rechts
- Das Kind liegt/lag in einem Bogen wie ein „C“  nein  ja  links  rechts
- Das Kind hat/hatte eine unreife Hüftentwicklung  nein  ja  links  rechts
- Das Kind hat/hatte eine Fußfehlstellung  nein  ja  links  rechts
- Das Kind hat/hatte einen Haarabrieb am Hinterkopf  nein  ja
- Das Kind kann/konnte nicht auf dem Bauch liegen  nein  ja
- Das Kind hat/hatte Schwierigkeiten mit den Augen  nein  ja
- Das Kind hat schläft/schlieft gut ein  nein  ja
- Das Kind nimmt/nahm eine bestimmte Schlafhaltung ein  nein  ja, folgende:  

---
- Das Kind wird/wurde gestillt  nein  ja
- Bei Stillen gibt/gab es an einer Brust Schwierigkeiten  nein  ja  links  rechts  
(von der Mutter aus gesehen)
- Das Kind hat/hatte Schwierigkeiten mit den Augen  nein  ja
- Das Kind trinkt/isst bzw. trank/aß wenig oder schlecht  nein  ja
- Das Kind sabbert/spuckt bzw. sabberte/spuckte oft  nein  ja
- Das Kind ist/war ein Schreikind  nein  ja
- Das Kind hat/hatte 3-Monats-Koliken  nein  ja
- Das Kind ist/war empfindlich am Nacken  nein  ja
- Das Kind rauft/raufte sich die Haare  nein  ja



## 6.0 WEITERE ANGABEN

Das Kind nimmt schnell an Gewicht zu	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind hat Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind hat rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind schwitzt stark	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind hat ein schlechtes Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind hat Verstopfung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind hat Blähungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind isst häufig Instant-Produkte oder Fast-Food	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind ist unzufrieden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind ist kontaktscheu	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind findet Schokolade lecker	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind ist häufig müde	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind hat Hautirritationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind hat Nagelprobleme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind hat Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind hat Übergewicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind hat Durchfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind isst häufig kein Frühstück	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind isst wenig Obst und Gemüse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind ist einsam	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind findet seine Eltern doof	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Das Kind ist ein Sportmuffel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bitte bringen Sie zum Ersttermin bisherige *Unterlagen zum Krankheitsverlauf des Kindes* mit (z.B. Röntgenbilder, Arztberichte - sofern Ihnen diese zur Verfügung stehen).

### ALLGEMEINE AUFKLÄRUNGSPFLICHT

Die in unserer Praxis durchgeführte Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit!

1. Es besteht das Risiko, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.
2. Auch bei fehlerfreier Durchführung der Behandlung eines durch Bandscheibenvorfall vorgeschädigten Patienten kann es beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen.

Ich wurde/werde über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahme ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z. B. Chemotherapie) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Ich habe den Fragebogen gelesen, verstanden und ehrlich beantwortet.

Datum

X

Unterschrift des Erziehungsberechtigten des Patienten

# DATENSCHUTZ-EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG VON KINDERN



**Werner Eisele**  
Heilpraktik | Chiropraktik | Osteopathie



## Sehr geehrte Eltern,

bevor wir die uns anvertrauten Daten Ihres Kindes verarbeiten dürfen, brauchen wir gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre Einwilligung, dies tun zu dürfen. Aus diesem Grund stellen wir diese Vorlage zur Verfügung mit der Bitte um Ihre Unterschrift, wenn Sie damit einverstanden sind.

Wir erheben die Daten Ihres Kindes (auch die evtl. folgenden Diagnosen) immer nur zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung und geben diese nicht ohne Ihre separat erfolgende Zustimmung an Dritte oder externe Partner weiter.

## Arten der verarbeiteten Daten

Wir verarbeiten ausschließlich die Daten, die Sie uns durch das Ausfüllen und Aushändigen des Fragebogens freiwillig zur Verfügung stellen. In den meisten Fällen sind das:

- Bestandsdaten (z.B. Namen, Adressen, ...)
- Kontaktdaten (z.B. E-Mail, Telefonnummern, ...)
- Inhaltsdaten (z.B. Angaben zu Beschwerden, Gesundheitszustand)
- Versicherungsdaten (z.B. Krankenversicherung)
- Zahlungsdaten (z.B. Bankverbindung)

## Zweck der Verarbeitung

- Zurverfügungstellung des Onlineangebotes, seiner Inhalte und Funktionen
- Erbringung vertraglicher Leistungen, Service und Kundenpflege
- Beantwortung von Kontaktanfragen und Kommunikation mit Nutzern
- Marketing, Werbung und Marktforschung
- Sicherheitsmaßnahmen

## Maßgebliche Rechtsgrundlagen

Nach Maßgabe des Art. 13 DSGVO teilen wir Ihnen die Rechtsgrundlagen unserer Datenverarbeitungen mit. Sofern die Rechtsgrundlage in der Datenschutzerklärung nicht genannt wird, gilt Folgendes: Die Rechtsgrundlage für die Einholung von Einwilligungen ist Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 7 DSGVO, die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung zur Erfüllung unserer Leistungen und Durchführung vertraglicher Maßnahmen sowie Beantwortung von Anfragen ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung zur Erfüllung unserer rechtlichen Verpflichtungen ist Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO, und die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung zur Wahrung unserer berechtigten Interessen ist Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO. Für den Fall, dass lebenswichtige Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person eine Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich machen, dient Art. 6 Abs. 1 lit. d DSGVO als Rechtsgrundlage.

## Sicherheitsmaßnahmen

Wir treffen nach Maßgabe des Art. 32 DSGVO unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere des Risikos für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen, geeignete technische und organisatorische Maßnahmen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten; Zu den Maßnahmen gehören insbesondere die Sicherung der Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit von Daten durch Kontrolle des physischen Zugangs zu den Daten, als auch des sie betreffenden Zugriffs, der Eingabe, Weitergabe, der Sicherung der Verfügbarkeit und ihrer Trennung. Des Weiteren haben wir Verfahren eingerichtet, die eine Wahrnehmung von Betroffenenrechten, Löschung von Daten und Reaktion auf Gefährdung der Daten gewährleisten. Ferner berücksichtigen wir den Schutz personenbezogener Daten bereits bei der Entwicklung, bzw. Auswahl von Hardware, Software sowie Verfahren, entsprechend dem Prinzip des Datenschutzes durch Technikgestaltung und durch datenschutzfreundliche Voreinstellungen berücksichtigt (Art. 25 DSGVO).

## Ihre Rechte

Sie haben das Recht, eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob betreffende Daten verarbeitet werden und auf Auskunft über diese Daten sowie auf weitere Informationen und Kopie der Daten entsprechend Art. 15 DSGVO. Sie haben entsprechend Art. 16 DSGVO das Recht, die Vervollständigung der Daten, die Ihr Kind betreffen Daten oder die Berichtigung der Sie betreffenden unrichtigen Daten zu verlangen. Sie haben nach Maßgabe des Art. 17 DSGVO das Recht zu verlangen, dass betreffende Daten unverzüglich gelöscht werden, bzw. alternativ nach Maßgabe des Art. 18 DSGVO eine Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu verlangen. Sie haben das Recht zu verlangen, dass die Sie betreffenden Daten, die Sie uns bereitgestellt haben nach Maßgabe des Art. 20 DSGVO zu erhalten und deren Übermittlung an andere Verantwortliche zu fordern. Sie haben ferner gem. Art. 77 DSGVO das Recht, eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde einzureichen. Sie haben das Recht, erteilte Einwilligungen gem. Art. 7 Abs. 3 DSGVO mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Sie können der künftigen Verarbeitung der Sie betreffenden Daten nach Maßgabe des Art. 21 DSGVO jederzeit widersprechen.

## Verantwortlicher für erhobene Daten:

### Werner Eisele

Schmerzpraxis Eisele  
Brahmsweg 14  
73547 Lorch

Telefon: 07172 9152291

Telefax: 07172 9152292

E-Mail: info@schmerzpraxis-eisele.de

### DATENSCHUTZ-EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass die persönlichen Daten meines Kindes die ich im Fragebogen angebe gemäß den oben aufgeführten Richtlinien und Vorgaben bei der Schmerzpraxis Eisele verarbeitet werden.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten des Patienten