



**Praxis für Osteopathische Medizin
Mareile Roever u. KollegInnen
Schrannenplatz 5
85435 Erding**

Fax: 08122-5407495 Email: termin@osteopathie-erding.de

Fragebogen Kinder

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Erziehungsberechtigte/r: _____

Telefon : _____ Adresse: _____ Email: _____

Krankenversicherung (bitte Versicherungsnamen angeben): Privat: _____

Gesetzlich: _____ Zusatzversicherung: _____

- Beschreiben Sie die **Beschwerden / Probleme**, die Anlass für die osteopathische Behandlung sind:

- **frühere Gesundheitsstörungen** (z.B. Gelbsucht nach der Geburt, Schiefhals, Koliken, Spreizhose, breit gewickelt, Lungenentzündung, häufige Infekte, Impfreaktionen)

- **Entwicklungsstationen**

1. Krabbeln im Alter von _____

1. Stehen im Alter von _____

1. Gehen im Alter von _____

1. Sprechen (Mama, Papa) im Alter von _____

- **Schwangerschaftsverlauf**

- **Entbindung** (Dauer, Hilfsmittel wie Saugglocke o.ä., Komplikationen)

Geburtsgewicht _____ gr. und Geburtsgröße _____ cm

- Beurteilen Sie folgende **Leistungen Ihres Kindes**

Feinmotorik (Basteln, Malen, Essen)	sehr gut / in Ordnung	/ schwierig
Grobmotorik (Krabbeln, Laufen, Klettern)	sehr gut / in Ordnung	/ schwierig
Körperbalance	sehr gut / in Ordnung	/ schwierig
Konzentrationsfähigkeit	sehr gut / in Ordnung	/ schwierig

Erklärung:

Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschte osteopathische Untersuchung und Therapie nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört, dass die Liquidation für diese Leistungen auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und von mir zu bezahlen ist. Kürzungen der Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen können in Einzelfällen vorkommen.

Terminänderungen /-absagen werde ich so früh wie möglich, spätestens aber 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin vornehmen. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine bezahle ich die ausgefallene Behandlung gegen Rechnung.

_____ (Unterschrift)