**Praxis für Osteopathische Medizin**

**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)