

## Kinder - Fragebogen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_ Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

■ Beschreiben Sie Ihr Anliegen in Bezug auf eine osteopathische Behandlung:

---

---

---

■ Schwangerschaftsverlauf:

---

---

---

■ In welcher Woche hat sich Ihr Kind ins kleine Becken gesenkt? \_\_\_\_\_ Woche

■ Entbindung (Hilfsmittel wie Sauglocke o. ä., Komplikationen, Dauer):

---

---

---

■ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ gr. ■ Geburtsgröße \_\_\_\_\_ cm

■ Frühere Gesundheitsstörungen (z.B. Gelbsucht nach der Geburt, Schiefhals, Koliken, Impfreaktionen, Spreizhose, breit gewickelt, Lungenentzündung, häufige Infekte (Mittelohrentzündung):

---

---

---

■ Entwicklungsstationen

Krabbeln im Alter von: \_\_\_\_\_ Stehen im Alter von: \_\_\_\_\_

Gehen im Alter von: \_\_\_\_\_ Sprechen (Mama, Papa) im Alter von \_\_\_\_\_

**Erklärung:** Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschte osteopathische Behandlung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört und von mir privat zu bezahlen ist. Terminänderungen und 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.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift