

Adresse Braunschweiger Straße 15  
38518 Gifhorn

Telefon + 49(0)5371.6198343

Internet [www.funktionelle-chiropraktik.de](http://www.funktionelle-chiropraktik.de)

Email [info@funktionelle-chiropraktik.de](mailto:info@funktionelle-chiropraktik.de)

## Anmeldung & Fragebogen für Ihr Kind

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Finden Sie nicht auch, dass eins der schönsten Dinge im Leben ist, wenn das eigene Kind gesund und munter aufwächst und größer wird?

Die Gesundheit Ihrer Kinder ist kein Zufall, sondern die Summe vieler Faktoren wie z.B. gesunde Ernährung, Bewegung, erholsamer Schlaf, Liebe und Wärme.

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für ein gesundes Leben und eine normale Entwicklung des Kindes wird jedoch häufig vergessen: Eine gute Funktion des Nervensystems. Das Nervensystem kontrolliert über seine Verbindung zu jeder Zelle des Körpers sämtliche Funktionen von Muskeln und Organen. Wenn es in diesem System durch Bewegungseinschränkungen des Beckens, der Wirbelsäule und des Schädels zu Problemen kommt, ist die reibungslose Informationsverarbeitung behindert. Dies führt zu vielerlei Beschwerden und Funktionsstörungen.

Sie haben den Weg zu uns gefunden, damit wir Ihnen bei der Verbesserung der Beweglichkeit, des Nervensystems und der Organfunktionen Ihres Kindes behilflich sind.

Wir freuen uns darauf!



# Persönliche Daten Ihres Kindes

---

Vor- und Nachname meines Kindes

Geburtsdatum

Krankenversicherung:  gesetzlich  privat bei \_\_\_\_\_

---

Vor- und Nachname eines Elternteils/der Eltern

---

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

---

Telefonnummer eines Elternteils / der Eltern

Email-Adresse eines Elternteils

Bitte nennen sie uns den/die Namen des/der Therapeuten Ihres Kindes (Kinderarzt, Facharzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Logopäde, Ergotherapeut, ...)

---

## Aufklärung

Liebe Eltern,

Wenn von einem Chiropraktoren ausgeführt, ist Chiropraktik nicht gleichzusetzen mit „heftigem Einrenken“. Gerade in der Säuglings- und Kinderchiropraktik ähneln die Techniken sehr denen der Osteopathie und beinhalten sehr sanfte Diagnose- und Therapieverfahren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

Behandlungsrisiken:

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine relativ risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Symptomen biomechanischen Ursprungs. Werden Gelenke an Armen und Beinen chiropraktorisch korrekt behandelt, sind damit keine bekannten Risiken verbunden.

Für die chiropraktorische Behandlung an der Wirbelsäule sind jedoch Risikofaktoren bekannt, die zu Komplikationen führen können. Dazu zählen Rauchen und Übergewicht, aber auch Grunderkrankungen wie Diabetes. In seltenen Fällen kann es trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Wirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen. In 0,64 von 1.000.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen.<sup>1</sup> Dabei ist jedoch zu beachten, dass bei Patienten mit vorgeschädigten Blutgefäßen auch normales Alltagsverhalten, wie der Schulterblick beim Autofahren, zu einer solchen Komplikation führen kann. In 1:100.000 Fällen kann eine Nervenwurzelreizung bzw. -schädigung auftreten, die zu Schmerzen, Gefühlsstörungen und/oder Lähmungen im Bereich der Extremitäten führen können. Des weiteren kann eine Behandlung Verletzungen des Bandscheibengewebes verursachen.

Behandlungsreaktionen:

Wissenschaftlich gesehen, sind keine negativen Behandlungsreaktionen bei Kindern bekannt. Aus unserer Erfahrung kann es manchmal dazu kommen, dass Kinder nach einer Behandlung etwas „quengeliger“ sind, das Bedürfnis haben, mehr zu schlafen, ruhiger und ausgeglichener, manchmal aber auch belebter und bewegungsbedürftig sind. Lassen Sie alle Reaktionen zu und gehen Sie auf die Bedürfnisse Ihres Kindes ein.

Einverständniserklärung:

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt. Ich habe die obigen Ausführungen dazu gelesen und verstanden. Ich bin mit einer Behandlung meines Kindes einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

<sup>1</sup>Hurwitz E.L., Aker P.D., Adams A.H., Meeker W.C. and Shekelle P.G., 1996. Manipulation and mobilisation of the cervical spine; A systematic review of the literature. Spine 21, 1746-1760.

# Fragebogen für Kinder 0 - 12 Monate

Mein Kind hat folgende Beschwerden:  Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule  Arme/Beine  
andere \_\_\_\_\_

Wurden bereits Röntgen-/MRT-/CT-Bilder gemacht?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Muss ihr Kind Medikamente nehmen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatte ihr Kind bereits eine/mehrere Operationen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatte ihr Kind bereits heftige Stürze/Unfälle?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## Schwangerschaft

Künstliche Befruchtung?  Ja  Nein

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Wie alt war die Mutter bei der Geburt ihres Kindes? \_\_\_\_\_ Jahre

In welcher Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt? \_\_\_\_\_ Woche

Mein Kind war \_\_\_\_\_ g schwer, \_\_\_\_\_ cm lang, hatte \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang.

Lag das Kind in Fehllage/Steißlage/Querlage?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Musste die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente nehmen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es während der Schwangerschaft Unfälle/Stürze?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es während der Schwangerschaft Operationen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken?  Nein  Ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Gab es während der Schwangerschaft andere Komplikationen (Zwischenblutung, Diabetes etc.)

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## Geburtsverlauf

Wie lange dauerte die Geburt? \_\_\_\_\_ Stunden

Wie lange haben die Presswehen gedauert? \_\_\_\_\_ Stunden

War es eine Mehrlingsgeburt?  Ja  Nein

Wurden Hilfsmittel (Zange, Glocke) verwendet?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde eine PDA gemacht?  Ja  Nein

War die Geburt per Kaiserschnitt?  Nein  Ja, warum? \_\_\_\_\_

Kam es zu Geburtsverletzungen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

## Säuglingszeit

Mein Kind ist (war) verspannt im Rücken, überstreckt.  Nein  Ja

Mein Kind hält/ hielt den Kopf schief.  Nein  Ja:  nach links  nach rechts

Mein Kind kann (konnte) seinen Kopf zu einer Seite besser drehen.  Nein  Ja:  nach links  nach rechts

Mein Kind liegt (lag) in einem Bogen, wie ein „C“.  Nein  Ja:  nach links  nach rechts

Mein Kind hat (hatte) eine unreife Hüftentwicklung.  Nein  Ja:  links  rechts

Mein Kind hat (hatte) eine Fußfehlstellung.  Nein  Ja:  links  rechts

Mein Kind hat (hatte) einen schiefen Hinterkopf.  Ja  Nein

Mein Kind kann (konnte früher) nicht auf dem Bauch liegen.  Ja  Nein

Mein Kind hat (hatte) Schwierigkeiten mit den Augen (z.B Schielen).  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Mein Kind wird (wurde) im Schlaf oft wach.  Ja  Nein

Mein Kind hat (hatte) eine Lieblingsschlafposition.  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Mein Kind wird (wurde) gestillt.  Nein  Ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Mein Kind trinkt (trank) nur von einer Brust.  Nein  Ja:  links  rechts

Mein Kind trinkt/ isst (trank/aß) wenig oder schlecht.  Ja  Nein

Mein Kind sabbert (sabberte) viel und spuckt (spuckte) oft.  Ja  Nein

Mein Kind ist (war) ein Schreikind.  Ja  Nein

Mein Kind hat (hatte) „3-Monats-Koliken“.  Nein  Ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Mein Kind ist (war) empfindlich am Nacken (z.B. beim Anziehen).  Ja  Nein

## Meilensteine der Säuglingszeit

Wann konnte Ihr Kind den Kopf halten?  Woche 6-8  Woche 9-12  Woche 13-16

Wann konnte Ihr Kind sich drehen?  früher als 6 Monate  mit 6 Monaten  später als 6 Monate

Wann konnte Ihr Kind alleine sitzen?  früher als 9 Monate  mit 9 Monaten  später als 9 Monate

Wann konnte Ihr Kind krabbeln?  früher als 9 Monate  mit 9 Monaten  später als 9 Monate

Kann ihr Kind schon laufen?  Nein  Ja, seit Monat \_\_\_\_\_

## Hier finde ich mein Kind wieder...

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                          | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme      | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen           |
| <input type="checkbox"/> Allergien                       | <input type="checkbox"/> Koliken                 | <input type="checkbox"/> Müdigkeit                 |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit                   | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen          | <input type="checkbox"/> Sportmuffel               |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen/Schnupfen      | <input type="checkbox"/> Verstopfung             | <input type="checkbox"/> Sportskerl                |
| <input type="checkbox"/> häufige Ohrenschmerzen          | <input type="checkbox"/> Durchfall               | <input type="checkbox"/> Kontaktscheu              |
| <input type="checkbox"/> häufiges Husten/Atemwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Blähungen               | <input type="checkbox"/> Ängste                    |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis                   | <input type="checkbox"/> Bettnässen              | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle             |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                   | <input type="checkbox"/> Untergewicht            | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                       | <input type="checkbox"/> Übergewicht             |  |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht/Bewußtlosigkeit        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen                  | <input type="checkbox"/> schlechte Körperhaltung | <input type="checkbox"/> Mein Kind ist zufrieden   |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeit                      | <input type="checkbox"/> Skoliose                | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen     |
| <input type="checkbox"/> Dickkopf                        | <input type="checkbox"/> Probleme beim Laufen    | <input type="checkbox"/> „Eltern sind doof“        |
| <input type="checkbox"/> Nervosität                      | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme  |  |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten   |  |  |
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS                        |  |  |

## Sonstige Bemerkungen:

---

---

---

# Fragebogen Kinder von 1-6 Jahren und Schulkinder

## Entwicklung Kleinkind im Alter von 1-3 Jahren:

Mein Kind hat das Krabbeln ausgelassen  Nein  Ja

Wann konnte ihr Kind alleine...

... laufen?  früher als 12 Monate  mit 12 Monaten  später als 12 Monate

... Treppensteigen mit Festhalten?  früher als 18 Monate  mit 18 Monaten  später als 18 Monate

... auf einem Bein stehen?  früher als 24 Monate  mit 24 Monaten  später als 24 Monate

... auf beiden Beinen hüpfen?  früher als 36 Monate  mit 36 Monaten  später als 36 Monate

Mein Kind hat bekannte Entwicklungsverzögerungen bezüglich:

Haltung und Bewegung  Nein  Ja, Diagnose falls bekannt: \_\_\_\_\_

Sprache und Verständnis  Nein  Ja, Diagnose falls bekannt: \_\_\_\_\_

Konzentration, soziale Fertigkeit  Nein  Ja, Diagnose falls bekannt: \_\_\_\_\_

## Entwicklung Kleinkind im Alter von 4-6 Jahren:

Mein Kind hat Schwierigkeiten, sich selbst anzuziehen.

Mein Kind nuckelt (noch) am Daumen.

Mein Kind kann (noch) nicht auf einem Bein hüpfen.

Mein Kind ist Zehenspitzenläufer.

Mein Kind ist Bettnässer.

Mein Kind kann (noch) nicht Fahrradfahren.

Mein Kind hat (noch) Schwierigkeiten beim Ballfangen.

## Entwicklung Schulkind (ab 6 Jahren)

Trägt ihr Kind eine Brille?  Nein  Ja, warum: \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind eine Zahnsperre?  Nein  Ja, warum: \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind Einlagen in den Schuhen?  Nein  Ja, warum: \_\_\_\_\_

## Hier finde ich mein Kind wieder:

Leseschwierigkeiten

Rechenschwierigkeiten

Schreibschwierigkeiten

Reiseübelkeit

Konzentrationsmangel

Unruhe

Probleme im Sportunterricht

Hat Ihr Kind schon (Sport-) Verletzungen am Bewegungsapparat erlitten?  Nein  Ja, welche?:

---

---

---