



funktionelle
CHIROPRAKTIK
und Stabilisation

» Aktiv schmerzfrei werden und bleiben.

Adresse Braunschweiger Straße 15
38518 Gifhorn

Telefon + 49(0)5371.6198343

Internet www.funktionelle-chiropraktik.de

E-Mail 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 bei _____ 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.¹ 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

¹Hurwitz 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?:
