



## Fragebogen für Säuglinge und Kleinkinder bis 2 Jahre

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur ersten Behandlung mit.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  m  w  d

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse Zusatzversicherung  ja  nein, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

### Fragen zur Schwangerschaft

	Ja	nein
• Liegen frühere Schwangerschaften vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wurde ein fertilitätsförderndes oder reproduktionsmedizinisches Verfahren angewendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gab es vor und/oder während der Schwangerschaft Traumata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie vor oder während der Schwangerschaft folgende Beschwerden?		
○ Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ länger dauernde Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Schwangerschaftsdiabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ psychische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Schwangerschaftsvergiftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Sonstiges (z. Bsp. Stressfaktoren, Todesfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fragen, die die Geburt betreffen

• War es eine Spontangeburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wurde die Geburt eingeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• War es eine schwierige Geburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• War es eine lange Geburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• War es eine kurze Geburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• War die Geburt zum errechneten Geburtstermin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn nein, +/- Tage angeben: _____		
• Kam es zu einer Geburtsverzögerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•		



# Osteopathie Schanzweg

Schanzweg 7, 5000 Aarau, 062 822 64 46

- |   | Ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Kam es zum Einsatz von                                  |                          |                          |
| ○ Wehenmitteln / Wehenhemmern                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ schmerzstillenden Mitteln                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Periduralanästhesie (PDA)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lag das Kind schon lange tief im Becken?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kamen folgende geburtshilfliche Massnahmen zum Einsatz? |                          |                          |
| ○ Saugglocke  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Zange   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde ein planmässiger Kaiserschnitt durchgeführt?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde ein Notkaiserschnitt durchgeführt?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • War die Nabelschnur um den Hals oder Kopf gewickelt?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • In welcher Geburtsposition befand sich das Kind?        |                          |                          |
| ○ Beckenendlage   | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ Gesichtslage  | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ Stirnlage   | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ Hinterhauptslage  | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ Vorderhauptslage  | <input type="checkbox"/> |                          |

## Fragen die die Zeit nach der Geburt betreffen

- Wie war der APGAR-Score 1' ..... 5' ..... 10' .....
- Musste das Kind intensiv medizinisch betreut werden?  Ja  nein
- Lagen sichtbare Hämatome oder Verformungen des Kopfes vor?  Ja  nein

## Frageliste vom 10. Tag bis zum 24. – 30. Monat

### Allgemeine Fragen

- Benötigt ihr Kind ständige Aufmerksamkeit?  Ja  nein
- Möchte es ständig herumgetragen werden?  Ja  nein
- Überstreckt sich das Kind? (gespannter Bogen)  Ja  nein
- Zieht es sich krampfartig zusammen?  Ja  nein
- Wirkt es steif oder schlapp?  Ja  nein
- Dreht es den Kopf immer zur gleichen Seite? (Asymmetrie)?  Ja  nein
- Wirft es den Kopf ohne ersichtliche Gründe nach hinten?  Ja  nein
- Wie ist das Schreien des Kindes?
  - laut
  - schrill
  - weinerlich
  - stöhnend
- Wie reagiert das Kind auf Hautkontakt, Kopfkontakt, Nackenkontakt?
  - schreiend
  - abwesend
  - unauffällig



- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Atmet das Kind hörbar schwer?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erscheint das Kind wach für sein Alter?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erscheint das Kind hyperaktiv?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Erscheint das Kind passiv?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tränen beim Kind ein oder beide Augen?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Liegt eine Asymmetrie des Schädels vor?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Liegt eine Asymmetrie des Gesichts vor?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Liegen Unfälle vor?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Sturz vom Wickeltisch                                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ Sturz auf den Rücken (mit Atemproblemen)?                  | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ Schleudertrauma  | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ andere   | <input type="checkbox"/> |                          |
| • Hat das Kind eine Skoliose?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet es unter sonstigen Erkrankungen                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Herzerkrankungen   | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ neurologische Erkrankungen                                 | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ Allergien  | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ andere   | <input type="checkbox"/> |                          |
| • Wurde das Kind geimpft?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja, welche? _____                                     |                          |                          |
| ○ Traten nach den Impfungen Reaktionen auf?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zeigt das Kind eine altersgerechte motorische Entwicklung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Fragen zur Nahrungsaufnahme

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Stillen Sie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wie ist das Trinkverhalten des Kindes?                      |                          |                          |
| ○ Saugschwierigkeiten?  | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ Schluckprobleme   | <input type="checkbox"/> |                          |
| • Erbricht das Kind nach dem Trinken                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Wenn ja, häufig   | <input type="checkbox"/> |                          |
| ○ selten  | <input type="checkbox"/> |                          |
| • Muss es häufig aufstossen?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat das Kind vermehrten Speichelfluss?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter Flüssigkeitsverlust? (trockene Zunge) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter Koliken?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet das Kind unter Verstopfung?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wie ist die Konsistenz des Stuhls? _____                    |                          |                          |
| • Hat das Kind einen harten Bauch?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Wie reagiert das Kind auf Positionswechsel

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Treten bei Positionswechsel Schmerzen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schreit es bei Positionswechsel?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



	Ja	nein
<b>Fragen zum Schlafverhalten</b>		
• Schläft das Kind immer zur gleichen Seite gedreht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schreit das Kind oder stöhnt es ohne deutliche Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sucht das Kind Kontakt mit dem Kopf am Bett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schläft das Kind tagsüber oft und lang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist es nachts wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schläft das Kind selbständig ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hat das Kind Mühe beim Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Weint das Kind vor jedem Einschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Weint das Kind nach dem Wachwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wird das Kind ohne erkennbaren Grund nachts wach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leidet das Kind unter Schlaflosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Einverständnis, dass die Osteopathie-Praxis meine Daten bearbeiten darf und diese Inhalte bei Bedarf auch an Dritte gemäss der nachfolgenden Patienteninformation weiterleiten kann.**

Mir sind die Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst. Ich erteile mein Einverständnis für den Kontakt zwischen meinem\*r Therapeut\*in und mir als Patient\*in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen an Dritte werden seitens der Praxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

### **Honorarvereinbarung:**

Die Leistungen werden Ihnen in Rechnung gestellt. Bitte fragen Sie bei Ihrer Zusatzversicherung nach, ob die Kosten gedeckt sind oder ob sie eine Überweisung benötigen. Den Rückforderungsbeleg können Sie an die Zusatzversicherung Ihrer Krankenkasse weiterleiten. Terminabsagen müssen spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen. Unbegründete kurzfristige Terminabsagen werden in Rechnung gestellt.

• Die Gebühr für eine Erstbehandlung beträgt ca. Fr. 150.-.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Honorarvereinbarung einverstanden.

• Die Rechnungen werden in der Regel per Mail verschickt.

Ich wünsche die Rechnung per Post.

• Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift ges. Vertreter:** \_\_\_\_\_



## Information für Patient\*innen im Umgang mit Personendaten

Alle unsere Patient\*innen erhalten diese Informationen zu unserem Umgang mit ihren persönlichen und sensiblen Daten in unserer Praxis. Wir informieren Sie zudem über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

**Datenerhebung und Zweck der Datenbearbeitung:** Wir erheben Ihre Daten im Rahmen des für die Therapie notwendigen Rahmens. Dies umfasst nebst Ihren persönlichen Angaben (etwa Kontaktdaten und Versicherungsangaben) namentlich auch die im Rahmen der Behandlung durchgeführten Gespräche sowie die Resultate von Anamnesen, Differentialdiagnosen und Therapien. Informationen von weiteren Gesundheitsfachpersonen werden nur nach Erhalt Ihres Einverständnisses integriert und verwendet.

Gestützt auf den Behandlungsvertrag und die gesetzlichen Vorgaben (VVG) erfolgt zur Erfüllung des Behandlungszwecks zwangsweise eine Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten. Der Umfang bleibt beschränkt auf die für Ihre gesundheitliche Behandlung notwendigen Inhalte.

**Aufbewahrung:** Die erhobenen und bearbeiteten Daten werden in der Regel zehn Jahre, spätestens aber zwanzig Jahre nach Ihrer letzten Konsultation in unserer Praxis gelöscht. Nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung werden die gesammelten Daten länger aufbewahrt.

**Dateneinsicht und Datenweitergabe:** Ihre personenbezogenen Daten geben wir intern ausschliesslich an Personen oder Bereiche unserer Praxis weiter, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen. Diese sind über die geltenden Datenschutzregeln informiert und verpflichtet, diese einzuhalten.

Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn Sie dem zugestimmt haben. Als einzige Ausnahmen gelten richterliche Anordnungen oder die Durchsetzung berechtigter Ansprüche seitens der Praxis.

**Datensicherheit:** Soweit Ihre Daten physisch existieren, sind diese in einem abschliessbaren, unbefugten Drittpersonen nicht zugänglichen Raum oder Schrank aufbewahrt.

Elektronisch gesammelte Daten werden gesichert aufbewahrt (Firewall, Passwort usw.).

**Kommunikationsmittel:** Die schriftliche Kommunikation zwischen der Praxis und Ihnen kann per E-Mail stattfinden. Daten ohne gesundheitliche Inhalte (etwa Terminverschiebung) können auf Ihre angegebene Mailadresse auch unverschlüsselt versendet werden.

**Widerruf Ihrer Einwilligung:** Haben Sie für eine Datenbearbeitung Ihre ausdrückliche Einwilligung gegeben, können Sie eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen Widerruf erhalten haben und die Bearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

**Auskunfts-/Einsichtsrecht, Korrekturen:** Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Daten einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Wenn Sie feststellen oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.

**Zuständigkeit:** Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Praxis. Bei Fragen oder Anliegen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte direkt an Ihren\*n zuständigen Therapeut\*in.