



„Ich finde im Menschen ein vollständiges Universum“  
(Dr. Still, Begründer der Osteopathie)

## Fragebogen Kinderosteopathie

Familiennam e: ..... Vorname: .....

Name der Eltern.....

Geschwister: .....

Adresse:..... PLZ, Ort: .....

Vers.nr.: ..... Vers.Anst.: ..... Geb.dat.: ..... Geschlecht: W  M

Tel.: ..... Mobil: .....

Zugewiesen von: ..... Email: .....

Beruf der Mutter und des Vaters:.....

*Bitte füllen Sie diesen Fragebogen mit Hilfe des Mutter-Kind-Passes aus*

### 1. Gründe für den Besuch

Beschwerdebild	Seit wann

#### 1.1 Womit könnten die Beschwerden zusammenhängen?

.....

### 2. Schwangerschaftsanamnese:

2.1. Alter der Mutter bei der Geburt..... IVF(künstliche Befruchtung) JA  NEIN

2.2. Frühere Schwangerschaften (auch Aborte/frühe Abgänge):

.....

**2.3. Schwangerschaftsverlauf (Medikamente, Blutungen, Wehen, Unfälle, Stürze, Operationen, inkl. Angabe der SSW.)**

.....  
 .....

**2.4. Endokrinologische Beschwerden (z.B.: Schilddrüsen Über- oder Unterfunktion):**

.....

**2.5. Andere Krankheiten und Infektionen (z.B.: Hellp-Syndrom, Toxoplasmose, Grippaler Infekt, Infektion der Geschlechtsorgane):**

.....

**3. Gesundheit der Mutter:**

**Welche wichtigen Operationen hatten Sie bereits? Wann?**

Operation	Jahr	Bemerkungen

**3.1. An welche Unfälle können Sie sich erinnern (auch jene, die lange her sind, sind für uns relevant)?**

Unfall	Jahr	

**3.2. Haben oder hatten sie jemals Krankheiten an folgenden Organen?**

Organ	Ja	Nein	Bemerkungen
Herz			
Gehirn			
Lunge			

Schilddrüse			
Gelenke			
Magen/Darm			
Leber			
Nieren			
Sonstiges			

**3.3. Haben oder hatten sie jemals folgende Krankheiten?**

Krankheit	Ja	Nein	Bemerkungen
Rheuma			
Zuckerkrankheit			
Bluthochdruck			
Psyche			
Infektionskrankheiten			
Sonstiges			
Rheuma			

**4. Gesundheit des Vaters:**

**4.1. Welche wichtigen Operationen hatten Sie bereits? Wann?**

Operation	Jahr	Bemerkungen

**4.2. An welche Unfälle können Sie sich erinnern (auch jene, die lange her sind, sind für uns relevant)?**

Unfall	Jahr	

**4.3. Haben oder hatten sie jemals Krankheiten an folgenden Organen? Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Organ	Ja	Nein	Bemerkungen
Herz			
Gehirn			
Lunge			
Schilddrüse			
Gelenke			
Magen/Darm			
Leber			
Nieren			
Sonstiges			

**4.4. Haben oder hatten sie jemals folgende Krankheiten?**

Krankheit	Ja	Nein	Bemerkungen
Rheuma			
Zuckerkrankheit			
Bluthochdruck			
Psyche			
Infektionskrankheiten			
Sonstiges			
Rheuma			

**5.Geburt:**

Schwangerschaftsdauer: .....Wochen

Gesamte Dauer der Geburt: ..... Geburtslage .....

APGAR:...../...../..... PH-Wert:..... Gewicht:.....kg

Größe:..... cm Kopfumfang:..... cm

	JA	NEIN		JA	NEIN		JA	NEIN
Spontan			Eingeleitet			Episiotomie (Dammschnitt)		
Dammriss			Sectio (Kaiserschnitt)			Vakuum		
Narkose			Geplant			Notfall		
1.Schrei des Kindes			Laut und kräftiger Schrei			Leiser Schrei		

## 6. Neonatale Phase:

**6.1. Postpartem Zustand der Mutter** (Psychische Beschwerden, soziale Probleme der Eltern, Beschwerden im Bewegungsapparat, Gynäkologische Beschwerden und Komplikationen):

.....

**6.2. Dauer des Krankenhausaufenthaltes:**

.....

**6.3. Auffälligkeiten des Kindes während der ersten zwei Lebenswochen:**

.....

.....

**6.4. Kann das Kind den Kopf nach beiden Seiten drehen oder bevorzugt es eine Seite, bzw. eine Brust beim Stillen?**

.....

**6.5. Hüftultraschall:**.....

## 7. Meilensteine und Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes (inkl.

Zeitangaben)

**Schlaf:**.....

**Nahrungsaufnahme:** .....

Stillen JA  NEIN  Flaschennahrung JA  NEIN

**Motorik:** .....

**Sprache:**.....

Krabbeln: .....

Stehen: .....

Gehen: .....

Laufen: .....

Lernen: .....

**8. Krankengeschichte des Kindes** (Operationen, Erkrankungen, Unfälle,

Allergien):

Ereignis/Erkrankung	(Seit) wann

**8.1. Impfungen: wurde das Kind geimpft, wie hat es die Impfung vertragen?**

Impfung	Bemerkung

**8.2. Wie stehen Sie prinzipiell Impfungen gegenüber?**

.....

**8.3. Dauermedikation, andere Therapien:**

Medikament	(Seit) wann	Therapie	(Seit) wann

## **9.Sonstiges**

### **9.1. Familiäre Prädisposition /Erbkrankheiten:**

.....

### **9.2. Zu beachtende Besonderheiten des Kindes:**

.....

### **9.3. Wie erleben Sie selbst als Mutter und/oder Vater Ihr Kind?**

.....

### **9.4. Wie sind Sie auf die Osteopathie gekommen?**

.....

### **9.5. Haben Sie selbst Erfahrungen mit Osteopathie gemacht?**

.....

### **9.6. Welche Fragen haben Sie noch an den Osteopathen bezüglich der Therapie Ihres Kindes?**

.....

**Empfehlung:** Bitte gönnen Sie sich und Ihrem Kind nach der Behandlung eine Ruhepause und versuchen Sie Ihr Kind zu beobachten. Es kann sein, dass es besonders liebesbedürftig ist und einen großen Drang nach Zärtlichkeit, Hautkontakt und Kuschneln verspürt.

Falls Sie Stillen, dann Trinken Sie in den Tagen nach der Therapie viel Flüssigkeit (Wasser, Kräutertee). Bitte meiden Sie Fruchtsäfte, Kaffee, Schwarztee, sowie Zucker, Weizenmehl und Gewürzen.

**Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, ersuchen wir Sie 24 Stunden davor telefonisch abzusagen.**

Wenn Sie diesen Fragebogen daheim ausfüllen, nehmen Sie ihn bitte zu Ihrem Ersttermin mit, faxen, oder mailen Sie ihn uns.

Fax: 01/36 70 700-7, E-Mail: [office@stz.at](mailto:office@stz.at)

**Unterschrift eines Elternteiles/Erziehungsberechtigte/n:**

„Ich finde im Organismus eines Kindes einen genialen Schöpfer und seine geniale Schöpfung“  
(OA Dr. Mustafa Selim MSc, Neurologe und Osteopath, 2016)

## **Einwilligung zu DSGVO 2018**

Wir, Schmerztherapie- und Osteopathie-Zentrum Döbling verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, die unter folgende Datenkategorien fallen:

- Name
- Anschrift
- Kontaktdaten
- Bankverbindung
- Korrespondenz/Anfragen
- Gesundheitsdaten und Befunde
- SV-Nummer
- Dienstgeber

Sie haben uns Daten über sich freiwillig zur Verfügung gestellt und diese werden auf Grundlage Ihrer Einwilligung zu folgenden Zwecken verarbeitet:

- Patientenverwaltung und Verwaltung von Gesundheitsdaten
- Honorarabrechnung
- Rücksprache mit behandelnden Ärzten, Einsicht in die ärztliche Dokumentation
- Einsicht Arztbefunde
- Dienstleistungserfüllung
- Therapieerfolg

Die von Ihnen bereit gestellten Daten sind weiters für die Patientenbetreuung erforderlich.

Diese Vereinbarung ist auf unbestimmte Zeit geschlossen.

Speicherfrist: es gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Rechtmäßigkeit: es gelten die Bestimmungen gemäß § 6 des Datenschutzgesetzes.

Ihre Daten werden bei Bedarf an folgenden Empfänger weitergegeben:

- Steuerberater: zwecks Buchhaltung
- Ärzte und medizinisches Fachpersonal: zwecks Rücksprache und Zweitmeinung
- Zusatzversicherungsinstituten: zwecks Anfrage Rückerstattung

Wir verpflichten uns, alle nicht allgemein zugänglichen oder bekannten Informationen, insbesondere Informationen über den Gesundheitsdaten, die wir uns bei unserer Tätigkeit für die Patienten aneignen, streng vertraulich zu behandeln, auch über die Dauer der Therapie unbefristet hinaus.

Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Ein Widerruf hat zur Folge, dass wir Ihre Daten ab diesem Zeitpunkt zu oben genannten Zwecken nicht mehr verarbeiten.

**Rechtsbehelfsbelehrung:**

Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung und Widerspruch zu. Dafür wenden Sie sich an mich. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Aufsichtsbehörde beschweren. In Österreich ist die Datenschutzbehörde zuständig.

PATIENT

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Information betreffend Rechnungserstellung:**

Liebe Patientinnen, liebe Patienten!

Bitte geben Sie uns unbedingt VOR Rechnungserstellung alle für uns notwendigen Informationen betreffend Besonderheiten bekannt, denn wir weisen höflich darauf hin, dass im Nachhinein KEINE Rechnungskorrekturen mehr durchgeführt werden können.

Wir bitten um Ihr Verständnis

Ihr

STZ-Team

Zur Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift