

PERSÖNLICHE DATEN

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Wo ist das Kind versichert? _____

Erziehungsberechtigte Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ abweichende Adresse des Versicherten: _____

Überweisende Ärztin/Arzt: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Kinderärztin/-arzt: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Physiotherapeutin/-therapeut: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Osteopathin/Osteopath: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Überweisung ☐ Empfehlung ☐ Cranioform-Webseite

VERLAUF UND GESUNDHEITLICHE RISIKEN

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

Spontangeburt / Kaiserschnitt / Saugglocke / Zange? (Bitte unterstreichen)

Wann und durch wen wurde die Kopfdeformität erstmals bemerkt?

Erfolgten Umlagerungsversuche, auch mittels Baby-Dorm-Kissen?

☐ nein ☐ ja

Wann und wie oft erfolgte eine Physiotherapie und/oder Osteopathie?

Zeigten sich durch oben genannte Maßnahmen Veränderungen?

☐ nein ☐ ja

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

Leidet Ihr Kind unter Erkrankungen der Atemwege/Lunge (z.B. Asthma), Herz/Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Gerinnungsstörungen, Infektionskrankheiten, Krebserkrankungen, Erkrankungen von Magen/Darm/Leber/Nieren, einer Schilddrüsenerkrankung oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind schon mal operiert worden?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wann und woran?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken gescannt (fotografiert) wird. Die vorangegangenen Fragen habe ich nach bestem Gewissen beantwortet. Ferner bin ich mit der Berichterstattung an o.g. Ärztinnen/Ärzte und Therapeuten einverstanden.

Bergisch Gladbach, den

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschreibt bei minderjährigen Patienten ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht oder er mit dem Einverständnis des anderen Elternteils handelt. Bei betreuten Personen wird der Betreuungsvertrag vorgelegt.