

Willkommen in der Praxis Loser Gaard Chiropraktik

Name _____ Vorname _____

Strasse / Haus-Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____ AHV-Nr. _____

Krankenkassenmodell: Freie Arztwahl Hausarztmodell Telmed HMO

Angaben der Eltern:

Name _____ Vorname _____

Mobiltelefon _____ E-Mail: _____

Name und Ort des Kinderarztes _____

Nur im Falle eines Unfalls ausfüllen:

Unfallversicherung _____ Unfall-Datum _____ Unfall-Nr. _____

Kurzbeschreibung des Unfalls _____

Ich ermächtige die Loser Gaard Chiropraktik KLG, für die medizinische Beurteilung meines Gesundheitszustandes Informationen von Vorbehandelnden einzuholen. Auch erlaube ich der Loser Gaard Chiropraktik KLG, alle für die Weiterbehandlung nötigen Informationen an nachbehandelnde Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen weiterzuleiten und entbinde hierzu die bei Loser Gaard Chiropraktik KLG tätigen Leistungserbringer von ihrem Berufsgeheimnis. Ausserdem ermächtige ich die Loser Gaard Chiropraktik KLG zur Weiterleitung aller nötigen Daten an eine zum Inkasso beauftragten Institution.

Ich bin informiert, dass die Abklärung und Sicherstellung der Kostenübernahme durch die Versicherung in der Verantwortung des Versicherungsnehmers liegt und nicht in der des Leistungserbringers. Zudem bin ich einverstanden, dass von der zuständigen Versicherung eingeforderte Berichte erstellt und je nach Versicherung, der Krankenkasse oder dem Patienten in Rechnung gestellt werden.

Die bei der Loser Gaard Chiropraktik KLG von den entsprechenden Fachpersonen durchgeführten Behandlungsmethoden (Chiropraktik) sind grundsätzlich sicher. Komplikationen können wie bei allen medizinischen Behandlungen auftreten, sind aber bei diesen Formen der Behandlung äusserst selten. Nebenwirkungen wie vorübergehende lokal Verspannungen können gelegentlich auftreten und klingen in der Regel innert weniger Tage ab. Ernsthafte Komplikationen im Anschluss an eine Manipulationsbehandlung der Halswirbelsäule (Verletzung einer Halsarterie) wurden in der Literatur vereinzelt dokumentiert. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen konnten einen direkten kausalen Zusammenhang jedoch nicht bestätigen. Verletzungen anderer Strukturen und Gewebe, als Folge einer chiropraktischen Intervention sind äusserst selten, wurden aber ebenfalls vereinzelt dokumentiert.

Ich bestätige, diesen Sachverhalt zur Kenntnis genommen zu haben und werde mich bei Fragen an die bei der Loser Gaard Chiropraktik KLG für mich zuständige Fachperson wenden. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Dienstleistungen von Leistungserbringern der Loser Gaard Chiropraktik KLG ist Thun.

Ich habe die oben erwähnten Informationen gelesen und verstanden (**bitte ankreuzen**) Datum _____

Wie können wir Ihrem Kind helfen? (Bitte notieren Sie die Gründe, weshalb Sie «Loser Gaard Chiropraktik» aufsuchen und seit wann die Probleme bestehen)

Was?	Seit wann?
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Geburt (Was alles trifft auf die Geburt Ihres Kindes zu?)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spontangeburt | <input type="checkbox"/> Geburt eingeleitet | <input type="checkbox"/> Geplanter Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Notfall Kaiserschnitt |
| <input type="checkbox"/> Saugglocke | <input type="checkbox"/> Zangengeburt | <input type="checkbox"/> PDA | <input type="checkbox"/> Andere Medikation |

Wurden beim Kinderarzt angeborene Besonderheiten festgestellt?

- Ja, Was? _____ Nein

Gab es Auffälligkeiten bei den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?

- Ja, Was? _____ Nein

Gab es Auffälligkeiten beim Ultraschall der Hüftgelenke?

- Ja, Was? _____ Nein

Ist Ihr Kind nachts trocken?

- Ja, Nein

Gibt es Beschwerden/Störungen mit einem oder mehreren der folgenden Zustände?

- Öfters Ohrentzündungen Bauchweh Halskehre Bettnässen Kopfschmerzen

Hat Ihr Kind bekannte gesundheitliche Probleme?

- Ja, Was? _____ Nein

Hatte Ihr Kind Unfälle?

- Ja, Bitte erklären? _____ Nein

Hat Ihr Kind Operationen?

- Ja, Was? _____ Nein

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein?

- Ja, Was? _____ Nein

Treibt Ihr Kind Sport?

- Ja, Was? Wie oft? _____ Nein

Ziele (Was sind die Ziele, die Sie durch gezielte Gonstead Chiropraktik bei uns erreichen möchten?)

1. _____

2. _____