

Liebe Eltern.

Sie haben für Ihr Kind in unserer Praxis einen Termin vereinbart. Dabei wollen wir untersuchen, ob eine Helmtherapie notwendig ist oder nicht.

Indem Sie die folgenden Fragen sorgfältig beantworten, helfen Sie uns bei der Beurteilung des bisherigen Verlaufs. Weiterhin erleichtern Sie uns notwendige Anträge bei der Krankenkasse zu stellen.

Bitte füllen Sie den Bogen soweit es Ihnen möglich ist aus und bringen ihn zu Ihrem Termin mit.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Dr. Dr. Matthias Kelker

Nach- und Vorname des Kindes: _____ / _____

Geburtsdatum: ___ / ___ / _____

Anschrift: _____ / _____

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefonnummer: Festnetz _____ / _____ **Handy** _____ / _____

Email: _____

Krankenkasse Gesetzlich: _____ **versichert bei:** _____

Name der Kasse

Name des Elternteils

Krankenkasse Privat: _____ **Rechnungsempfänger:** _____

Schwangerschaft und Geburt

Woche der Entbindung: _____ SSW Mehrlingsschwangerschaft: ja 0 nein 0

Geburtsart: Spontan/Natürlich 0 Saugglocke 0 Zange 0 Kaiserschnitt 0

Probleme bei der Entbindung: nein 0 ja: _____

Bisheriger Krankheitsverlauf

Zu welchem Zeitpunkt ist Ihnen oder einem Behandler erstmals die Verformung aufgefallen:

Direkt nach der Geburt 0 im _____ Lebensmonat

Hat sich die Kopfform bei Ihrem Kind in den letzten 4 Wochen verändert?

Deutlich gebessert 0 leicht gebessert 0

Nicht verändert 0 eher verschlechtert 0

Diagnostik

Wurde bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Diagnosen gestellt:

Blockade von Halswirbeln nein 0 ja 0 wenn ja, wann _____
KISS-Syndrom nein 0 ja 0 wenn ja, wann _____
Schiefhals nein 0 ja 0 wenn ja, wann _____
Allg. Störung der Kopfbeweglichkeit nein 0 ja 0 wenn ja, wann _____

Andere Diagnose: _____

Bisherige Therapie

Welche Lagerungsversuche haben sie bei Ihrem Kind durchgeführt:

Keine 0 Bauchlage 0 Ansprechen des Kindes von der "gesunden" Seite 0

Umstellen der Wiege oder des Bettchens 0 Handtuch/Rolle in den Rücken 0

Andere Lagerungsversuche: _____ Seit wann: _____

Wurde Physiotherapie/Krankengymnastik durchgeführt? Nein 0 Ja 0

Wenn ja, seit wann _____ wie viele Sitzungen: _____

Wurde Osteopathie durchgeführt? Nein 0 Ja 0

Wenn ja, seit wann _____ wie viele Sitzungen: _____

Wurde Ihr Kind eingerenkt Nein 0 Ja 0 wenn ja, wann _____

Andere Therapie, welche _____

Wird Ihr Kind derzeit ärztlich behandelt oder ist in den letzten Wochen ärztlich behandelt worden?

Nein 0 Ja 0 wenn ja, weswegen? _____

Angaben zu dem /den Behandler(n)

Wer hat sie zu uns überwiesen? Bitte genaue Angaben incl. Anschrift.

Kinderärztin/arzt 0 Physiotherapeut(in) 0 Osteopath(in) 0

Empfehlung 0 Eigene Recherche 0 falls Internet, welche Schlagwörter _____

Nach- und Vorname Kinderärztin/arzt: _____

Anschrift: _____ / _____

Nach- und Vorname Physiotherapeut(in): _____

Anschrift: _____ / _____

Nach- und Vorname Osteopath(n): _____

Anschrift: _____ / _____