

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für diesen Fragebogen.

Die Angaben zu Ihrem Kind kann mir wichtige Hinweise für die von Ihnen gewünschte Beratung geben.

Die Beantwortung der folgenden Fragen erfolgt natürlich freiwillig.

Wenn Sie einzelne Fragen nicht oder lieber im persönlichen Gespräch beantworten möchten oder deren Beantwortung für nicht relevant erachten, lassen Sie die entsprechenden Fragen einfach aus.

Wenn Sie wissen möchten, wozu einzelne Angaben nützlich sind, kann ich Ihnen dies gerne erläutern.

Sollte der Platz für einzelne Antworten nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein Beiblatt an oder benützen die Rückseiten.

Vielen Dank!

Ihr Kind

VORNAME / NACHNAME

GEBURTSDATUM UND GEBURTSZEIT

GEBURTSGEWICHT

AKTUELLES GEWICHT

VERSICHERUNG

die Mutter

VORNAME / NACHNAME

GEBURTSDATUM

ADRESSE

BERUF

TELEFONNUMMER UND MAIL

der Vater

VORNAME / NACHNAME

GEBURTSDATUM

ADRESSE

BERUF

TELEFONNUMMER UND MAIL

**GAB ES BESONDERHEITEN IN DER
SCHWANGERSCHAFT?**

zum Beispiel: körperliche Beschwerden, Belastungen am Arbeitsplatz, belastende Untersuchungsergebnisse
Was hat sie in der Zeit unterstützt, Medikamente, Schwangerschaftsdiabetes

**WAS ZEICHNETE DIE GEBURT
IHRES KINDES AUS?**

Schmerzen, Dauer, Medikamente, Art der Begleitung

WOCHENBETT

Wie lange waren Mutter und Kind im Krankenhaus? Wie haben Sie die ersten 10 Tage nach der Geburt erlebt? Was hat gut geklappt? Was war schwierig?

STILLEN UND NAHRUNG

Womit ernähren Sie ihr Baby? Wie war es am Anfang? Wie ist es jetzt?

**WARUM MÖCHTEN SIE MIR IHR
BABY VORSTELLEN? WELCHER ART
SIND DIE BESCHWERDEN?**

**WELCHE BEHANDLUNGEN HABEN
SIE FÜR IHR KIND GEGEN DIE
BESCHWERDEN BEREITS
BEKOMMEN?**

WIE WAR DER ERFOLG?

**WAS ERWARTEN SIE VON MEINER
BERATUNG UND BEHANDLUNG**

BISHERIGE KINDERKRANKHEITEN Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Andere

IMPFUNGEN Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Keuchhusten.....

ANTIBIOTIKABEHANDLUNG Wie oft? Welche?

WIE SCHLÄFT IHR KIND Wann geht es ins Bett? Wann steht es auf? Wie oft wird es wach? Schläft es alleine? Schläft es in einem Familienbett-, zimmer

GAB ES UNFÄLLE

GAB ES
KRANKENHAUSAUFENTHALTE

HAT IHR KIND GESUNDHEITLICHE PROBLEME? Neurologische Krankheiten, z.B. Epilepsie, Muskelerkrankungen, Kopfschmerzen oder Bewegungsstörungen? Andere Krankheiten, z.B. Herz, Lunge, Niere, Bauch, Muskulatur und Gelenke, psychiatrische Erkrankungen, Allergien? Bitte beschreiben

BITTE SCHREIBEN SIE MIR HIER NOCH AUF, WELCHER ART DIE LETZTEN DREI MAHLZEITEN WAREN, DIE IHR KIND EINGENOMMEN HAT

BITTE SCHREIBEN SIE MIR HIER
NOCH AUF, WELCHER ART DIE
LETZTEN DREI MAHLZEITEN
WAREN, DIE IHR KIND
EINGENOMMEN HAT

WAS MAG IHR KIND BESONDERS
GERNE ESSEN UND WAS GAR
NICHT

Bitte kennzeichnen Sie

das gesamte

Schmerzgebiet

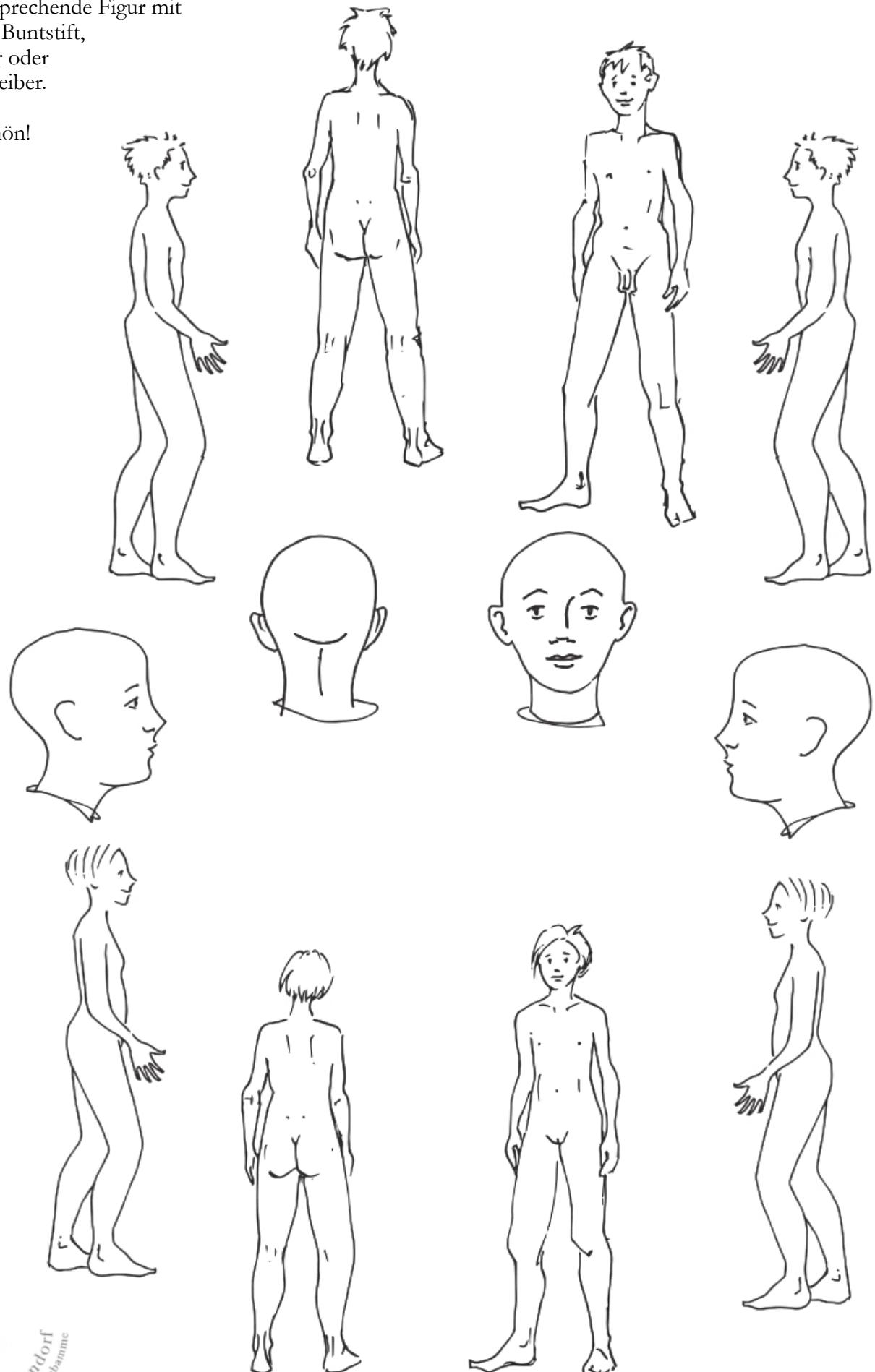
in die entsprechende Figur mit

Blei- oder Buntstift,

Textmaker oder

Kugelschreiber.

Danke schön!



Annett Schmittendorf
Heilpraktikerin · Hebamme

Behandlungs- und Beratungsvereinbarung

Ich möchte Ihnen wichtige Informationen zu den Rahmenbedingungen für eine gute und reibungslose Zusammenarbeit geben.

Sie erreichen mich von Montag bis Freitag während meiner telefonischen Sprechzeit von 13 bis 14 Uhr. Führe ich in dieser Zeit gerade eine telefonische Beratung, schaltet sich automatisch der Anrufbeantworter an. Bitte hinterlassen Sie dann eine Nachricht für mich. Alle Nachrichten (per Mail oder Telefon) die bis 16 Uhr bei mir eingehen, beantworte ich noch am gleichen Tag. Sie erreichen mich nicht über Nachrichtendienste und nicht auf dem mobilen Telefon.

Mich erreichen Sie ausschließlich unter der Festnetznummer: 0441 36137912 und meiner Mailadresse: annett@schmittendorf.de

Sie sind mit Ihrem Kind bei mir in Behandlung einer Heilpraktikerin. Ich behandle im Sinne der Naturheilkunde, was bedeutet:

- die Kosten werden von gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen.
- die Behandlung umfasst insbesondere schulmedizinisch nicht anerkannte Heilverfahren.

Ich rechne für Privat-Versicherte und Beihilfeberechtigte nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) ab. Das Patientenrechtschutzgesetz verpflichtet mich Sie darüber aufzuklären, dass möglicherweise nicht alles erstattet wird, was ich Ihnen in Rechnung stelle. Nicht alle inzwischen möglichen und etablierten Verfahren, die ich anbiete, sind im GebÜH aufgeführt. Analoge Abrechnung heißt, dass ich dann eine oder mehrere Leistungen auf der Rechnung benennen kann, die der erbrachten Leistung am ähnlichsten ist. Die Erstattung analog abgerechneter Leistungen wird von den Kostenträgern unterschiedlich gehandhabt. Erstattungssicherheit besteht dabei nicht.

Wenn die private Krankenversicherung, private Zusatzversicherung oder Beihilfe die entstehenden Kosten nicht oder nur teilweise übernimmt, tragen die Eltern des Patienten/ des Kindes für eine entsprechende Klärung selbst Sorge. Etwaige Differenzen zwischen meinem Honorar und dem Erstattungsbetrag sind von Ihnen selbst zu tragen.

Als Selbstzahler können Sie mit 90 € für 1 Stunde, und mit 45 € für ½ Stunde rechnen, je nach Aufwand. Die Rechnungen werden nach der Beratung bzw. der Behandlung am Ende des Monats verschickt und Barzahlungen werden quittiert. Materialien und Medikamente und Laborkosten werden zum Selbstkostenpreis in Rechnung gestellt.

Eine **Absage** sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 36 **Stunden vor der Behandlung** erfolgen. Bei Nichterscheinen berechne ich den vollen Satz.

Ich freue mich, Sie in Ihrer Gesundheit zu unterstützen.

Oldenburg, den:

Unterschrift (Heilpraktikerin)

Unterschrift der Mutter oder des Vaters

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich

Vorname und Name

Geburtsdatum

als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Vorname und Name

Geburtsdatum

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin Annett Schmittendorf.

Hiermit bestätige ich Folgendes:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten(Gesundheitsdaten) umfasst. Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen. Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Vorname und Name

Geburtsdatum

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistaatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: Annett Schmittendorf- Heilpraktikerin und Hebamme-Alexanderstr. 23-26121 Oldenburg