



Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

e-Mail: _____ Tel.1: _____ Tel.2: _____

Bei Minderjährigen: Name der Eltern und Rechnungsanschrift: _____

Ich komme/ mein Kind kommt wegen folgender Beschwerden/Krankheiten: (Ausführliche Anamnese auf der Rückseite)

Ärztlicherseits wurden folgende, mir bekannte Diagnosen gestellt: _____

Ich wurde von Frau Assel, Heilpraktikerin, über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung wie folgt informiert:

- für die neurophysiologische Therapieanleitung inklusive Anamnese und Befunderhebung:
 - bei der Behandlung in der Praxis in Felde: pro 15 Min. 12 €, d.h. pro 60 Min. 48 €
 - bei Hausbesuchen oder Behandlungen an Zweigstätten gelten diese Honorarsätze zuzüglich eines anteiligen Betrages für den Kostenaufwand.
- für die telefonische Beratung oder ausführliche Informationen: pro begonnene 15 Min. 9,50 €

Nicht wahrgenommene Termine müssen spätestens 24 Std. vor Vereinbarung abgesagt werden. Andernfalls werden sie in voller Höhe in Rechnung gestellt.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Behandlungskosten möglicherweise nicht von einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle -teilweise oder ganz - übernommen werden. Ich bin ebenso darüber informiert, dass die Leistungen der Gebührenordnung für Heilpraktiker nicht bindend sind. Die Leistungen "neurophysiologische Therapie", ROTA-Übungsanleitung, -kontrolle sind in den Gebührenordnungen der verschiedenen Verbände nicht regelhaft aufgeführt.

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlungskosten unabhängig von geleisteten oder nicht gelisteten Erstattungen durch Krankenkassen oder Beihilfestelle an Frau Assel zu bezahlen sind.

Unterschrift

Ort, Datum

Anamnesefragen zur motorischen Entwicklung und zum aktuellen Körperbefund Datum:

Name: _____ Geb.-Datum: _____ Errechnetes Geb.-Datum: _____

Besonderheiten in der Schwangerschaft und bei der Geburt/Dauer: _____

Geb.-Gewicht: _____ APGAR-Werte: ___/___/___ PH-Wert: _____ Geburtslage des Kindes: _____

sectio: _____ Nabelschnurumschlingung: _____ Narkose, welche: _____

Geburt spontan oder mit Hilfe: _____

Angaben, Kommentare, Besonderheiten

Bitte nicht ausfüllen

Stillen ja/nein (warum nicht) voll/ teil, wie lange		
Flasche bis (letztes Teefläschchen)		
Schnuller bis, tags, nachts Daumen beidseitig, re/ li, bis		
Sabbern viel/ wenig Zahnspange seit wann, warum, welche?		
Schlafen wie ein? durch? Lage? Nackenstreckung? (evtl. Foto?) früher/heute Zähneknirschen tags/nachts		
Füße in den Mund nehmen ab wann/ diagonal?		
Sprache, plappern? erste Worte heute		
Fremdeln? wann?		
Händigkeit beim Malen/Schreiben Essen?		
Drehen Bauch/Rücken, Rü/B, Rollen jeweils wann? zu beiden Seiten?		
Robben seit wann und wie? sonstige Fortbewegung (außer Krabbeln)		
Vierfüßerstand seit wann?		
Alleine hinsetzen seit wann?		
Krabbeln seit wann?		
Hinstellen/ Stehen seit wann?		
Gehen/Laufen mit Hilfe/ alleine? Seit wann, Gehen auf Zehenspitzen? Oft hinfallen?		
Hüftdysplasie wie behandelt? Ab wann und wie lange? re/ li? Wann letztes RÖ- Bild/ Ultraschall?		
Rückenbefunde/ Wirbelsäule welcher Art, wann? Schmerzen?		
Sport außer in der Schule, wie oft ?		
Musikinstrumente?		
Hausaufgaben wie und wie lange?		
Therapien bisher/ heute?		
Was wünschen Sie sich/ für Ihr Kind?		