

## Vorbereitung für Eltern und Kind

### **Schwangerschafts- und Geburtsgeschichte**

Vorname und Name des Kindes:

---

Junge    Mädchen    Diverses

---

Geburtsdatum:

---

Grösse / Gewicht bei der Geburt:

---

Grösse / Gewicht Aktuell:

---

Art der Geburt:  vaginal    Kaiserschnitt    Andere:

---

Familiensituation:

unverheiratet, Eltern Leben zusammen    verheiratet, Eltern Leben zusammen

getrennt/geschieden    verwitwet

---

Geschwister des Kindes  Ja    Nein

Vorname und Name, Alter

---

Vorname und Name, Alter

---

### **Grund des Besuches**

Was ist der Hauptgrund für die Konsultation und die Behandlung?

---

Zeigt das Kind irgendwelche Symptome oder ein Verhalten, die wichtig zu erwähnen sind?

---

Wie lange oder in welchen Situationen besteht dieses Verhalten oder Symptome?

---

Gibt es Herausfordernde Situationen?  Ja    Nein

Wenn ja, in welchem Zusammenhang?

---

Wie sind die Schlafgewohnheiten und Muster des Kindes?

---

Wie ist die Verdauung?

---

Wurde das Kind geimpft?  Ja  Nein

Wenn Ja, in welchem Alter?

Wie hat es darauf reagiert?

### **Empfängnis und Entdeckung der Schwangerschaft**

War das Kind geplant?  Ja  Nein

War es eine Überraschung?  Ja  Nein

Wie war die Haltung von Mutter und Vater, als sie entdeckt haben, dass ein Baby unterwegs ist?

---

Wie lange nach der Zeugung wurde die Schwangerschaft bemerkt?

---

### **Während der Schwangerschaft**

Wann haben Sie ihr Baby zum ersten Mal bewusst wahrgenommen?

---

Wie würden Sie als Mutter den Verlauf der Schwangerschaft beschreiben?

---

Hat ein Elternteil vorher ein Kind durch eine Fehlgeburt oder sonst verloren?  Ja  Nein

Wenn ja, kurz Beschreiben:

---

### **Geburtsvorgang**

Zum erreichten Termin  früher, wieviel? \_\_\_\_\_  später, wieviel? \_\_\_\_\_

Kurze Beschreibung der Geburt des Kindes:

---

Geburtslage:  Hinterhauptlage  Gesichtslage  Steisslage  Andere:

---

Wie lange dauerte sie Geburt?

---

Wurde eingeleitet?  Ja  Nein

---

Wurden zusätzliche Medikamente verabreicht?  Ja  Nein

Wenn ja,  wehen treibende o. wehen hemmende Mittel  Schmerzmittel  Anästhesie  
 Andere:

---

Waren medizinische Interventionen nötig?  Ja  Nein

Wenn ja,  Fruchtblase sprengen  Dammschnitt  Kaiserschnitt  Saugglocke  
 Zange  Andere:

---

Aus der Sicht der Mutter: Wie würden Sie Ihre Erfahrung der Geburt beschreiben?

---

---

Wie denken Sie, dass ihr Baby seine Geburt beschreiben würde?

---

### **Nach der Geburt**

Wie war die Zeit nach der Geburt?

---

Mutter und Kind waren:

Zusammen  getrennt  friedlich  gestresst  ruhend  erschöpft

Andres:

---

Gibt es noch etwas, was Sie mir für die Behandlung mitteilen wollen?  Ja  Nein  
Wenn ja:

---

---

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam?

- Google  EMR  Cranio Suisse  Weiterempfehlung  Flyer  Schaufenster Bahnhof Stein  
 Hebamme, welche? \_\_\_\_\_  Sonstige: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Vertretung (wird auf der Rechnung vermerkt)

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon Nr.: \_\_\_\_\_ Handy Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Informationen

Die Rechnungsstellung erfolgt im Doppel für die Rückforderung bei Ihrer Zusatz- oder Unfallversicherung. Jede Behandlung wird am Ende der Sitzung bar, mit Karte oder TWINT bezahlt. Eine Sitzung dauert 60 – 75 Minuten inkl. Gespräch und wird mit Fr. 138.00 / 60 Minuten verrechnet. Die erste Sitzung dauert wegen des erst Gesprächs ca. 75 – 90 Minuten, die Weiteren in der Regel 60 - 75 Minuten.

Mit diesem ausgefüllten Formular, bereite ich mich auf die Sitzung vor. Ich erlaube mir dafür 15min zusätzlich in Rechnung zu stellen. Besten Dank für Ihr Verständnis.

Im Verhinderungsfall bitte ich Sie, mir dies mindestens 24 Stunden vorher zu melden. Bei späterer Abmeldung werden diese, wegen der reservierten Zeit mit 45 Minuten in Rechnung gestellt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und werden mir relevante Änderungen jeweils mitteilen.

Datenschutz

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die KomplementärTherapeutin sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Klienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner KomplementärTherapeutin und mir als Klient\*in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Klienteninformationen werden seitens Cranio Fricktal ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben.

Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail, Whatsapp, Threema, Signal, Telegramm oder Sms erfolgen. Auch bin ich mit einer Terminerinnerung per SMS einverstanden.

Darf die Rechnung per Mail, als PDF unverschlüsselt versendet werden? Bei Nein drucke ich Ihnen diese gerne aus.

- Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_