



„Praxis an der Wiese“

Bernerweg 9, 79539 Lörrach, Tel +49 7621 4228640, Fax +49 7621 42286420
PD Dr. Dr. med. Katja Schwenzer-Zimmerer, MKG-Chirurgie, plast. Operationen

Aufnahmebogen Helmsprechstunde

Datum der Aufnahme/Erstkonsultation: _____

Name und Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ SSW der Entbindung: _____

Entbindungsklinik: _____

Name und Vorname der Eltern/gesetzliche/r Vertreter/in / Rechnungsempfänger/in:

Wohnadresse: _____

Telefon (Festnetz und Handy): _____

E-Mail: _____

Ggf. überweisende Ärztin/Arzt (Name, Anschrift): _____

Kinderärztin/-arzt (Name, Anschrift): _____

Physiotherapeut/in / Osteopath/in (Name, Anschrift): _____

(Alle o.g. Kollegen erhalten einen Befundbericht, es sei denn Sie lassen uns wissen, dass Sie das nicht wünschen.)

Spontangeburt/Kaiserschnitt/Saugglocke/Zange (bitte markieren)

Wann und wo wurde die Deformität festgestellt?

Haben Sie Umlagerungsversuche durchgeführt?

Wurde Physiotherapie verordnet, wenn ja welche? (Bobath, Vojta etc..)?

Sonstige Maßnahmen (Lagerungskissen, Osteopathie, Manipulation, Kinesiologie)? Bitte benennen:

Wie stark ausgeprägt würden Sie die Deformität beschreiben? Bitte ankreuzen:

leicht

mittel

schwer

Wie haben Sie von der Helmtherapie erfahren – uns gefunden?

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte/r