



## „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