



## Patientenbogen/Behandlungsvertrag – Säuglinge

### STAMMDATEN

**Vor- und Nachname - Kind:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Familienversichert bei:** (Name Elternteil) \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** (Elternteile/Erziehungsberichtigte) \_\_\_\_\_

**Telefon:** (weitere Begleitpersonen zur Therapie) \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Privat versichert:**

ja

nein

**Von der Zuzahlung befreit:**

ja, bis \_\_\_\_\_

nein

(bis zum 18. Lebensjahr sind alle befreit)

**Behandelnder/Überweisender Arzt:** \_\_\_\_\_

**Grund der Vorstellung/Ärztlicher Befund/Grunderkrankung:**

**Mögliche Therapiezeiten:**

---

**Bisherige Therapien:** (bitte ankreuzen und angeben seit wann, warum, bei wem, ggf. Berichte mitbringen)

Osteopathie:

Physiotherapie:

Logopädie:

Sonstiges:

---

### ENTWICKLUNG

**Schwangerschaftsverlauf** (Besonderheiten, Blutungen, Infektionen, Medikamente, Unfälle, Rauchen, Alkohol ...)

**Verlauf der Geburt** (Komplikationen, Frühgeburt, Zangengeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Einleitung ...)

**Auffälligkeiten in Neugeborenenzeit** (Krankheiten, Allergien, KISS?, Blockaden?, Lieblingsseite?, Hüftdysplasie ...)

**Stillen:**

**o ja**

Werden Stillhütchen benutzt? Wenn ja, warum?

**o nein**, weil (zu wenig Milch, Schreikind, saugschwach,...):

**o zugefüttert**, ab wann:

warum? (zu wenig Milch, keine Saugkraft...):

womit? (Flasche/Löffel/Becher, welche Nahrung/abgepumpt?):

<b>Verliert Ihr Kind beim Stillen/an der Flasche Milch aus den Mundwinkeln?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Schnalzt es häufig beim Stillen/an der Flasche?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Hat ihr Kind Saugbläschen auf der Lippe?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Kann Ihr Kind den Kiefer weit öffnen?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Kann ihr Kind die Brust/Flasche effektiv erfassen?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Verschluckt sich das Kind beim Stillen/an der Flasche?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Spuckt ihr Kind viel?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Schluckt ihr Kind viel Luft/hat viele Blähungen?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Wie häufig füttern Sie ihr Kind innerhalb von 24 Stunden?</b>		
<input type="radio"/> bis 7x	<input type="radio"/> 8 -12x	<input type="radio"/> über 13x
<b>Wie lange dauert eine Still-/Flaschen-Mahlzeit?</b>		

**Wie ist der Gewichtsverlauf von Geburt an?**

**Beikost-Beginn ab** (Alter):

**mit:**  Brei  
 Familienkost, Fingerfood (BabyLedWeaning)  
 Sonstiges:

**Mein Kind benutzt zur Beruhigung/zum Einschlafen...**

Brust  Schnuller/Nuckel  eigene Finger/Daumen  
 Finger von Erwachsenen  Flasche/Sauger  Sonstiges (Schnuffeltuch, Tragetuch, Decke etc.):

### **FAMILIENSITUATION**

**Tätigkeit/Berufe der Eltern:**

Mutter:

Vater:

**Familienverhältnisse:** (Eltern verheiratet, getrennt lebend, geschieden, ...)

**Geschwister** (Name/Alter)

Waren andere Familienmitglieder bereits in logopädischer Behandlung? (Wenn ja, weshalb?)

---

**Kinderkrankheiten**

- Mumps       Scharlach       Keuchhusten       Masern       Windpocken  
 Fieberanfälle    Sonstiges:

**Krankenhausaufenthalte** (wann, warum, Ggf. Berichte mitbringen)

**Regelmäßige Medikamente:**

**HNO – STATUS**

- Oft erkältet:**                       ja                                       nein  
**Viel Speichel :**                       ja                                       nein  
**Mittelohrentzündung:**  häufig                                       gar nicht                                       mal gehabt  
**Hörvermögen:**                       gut                                       eingeschränkt                                      **o letzter Hörtest:**  
**Nase:**                                       oft Schnupfen                                       keine Probleme  
**Mundatmung:**                       ja (tags?/nachts?)                                       nein  
**Zungenbändchen:**                       unauffällig/nicht geprüft                                       verkürzt                                       durchtrennt, wann:  
**Lippenbändchen:**                       unauffällig/nicht geprüft                                       verkürzt                                       durchtrennt, wann:  
**Zahnstatus/Zahn-Kieferstellung:** (zurückverlagerter Kiefer,...)

**Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten:**

---

**Welche Erwartungen haben Sie an die logopädische Behandlung?**

**Was müssen wir sonst noch über Ihr Kind wissen?** (weint viel, schwer zu beruhigen, eher zurückgezogen, sehr pflegeleicht,...)

---

**Wie wurden Sie auf die Logopädische Praxis Wernicke aufmerksam?**

**Empfehlungen von** (Bitte Namen einfügen):

- Bekannte/Verwandte/Freunde: \_\_\_\_\_  
 Arzt/Zahnarzt/Kieferorthopädie/SPZ: \_\_\_\_\_  
 Kindergarten/Schule: \_\_\_\_\_

**Internet:**

- Google       Facebook       Arzt- oder Gesundheitsportale, welche:  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**O Telefonbuch**

**O durch Werbung/Zeitschriften/Flyer/Visitenkarten**

**O durch Sonstiges:** (bitte ergänzen)

## ORGANISATORISCHES/BEHANDLUNGSVERTRAG

1. Hiermit entbinde ich die Logopädische Praxis Wernicke von der Schweigepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt, Kindergärten, Schulen, Angehörigen sowie Berufsangehörigen medizinischer und psychologischer Fachberufe, die zur Förderung der Behandlung beitragen.
2. Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme der Patientin/des Patienten ab. Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig und pünktlich wahrzunehmen.
3. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab, damit der Termin anderweitig belegt werden kann. Andernfalls sind wir berechtigt eine Ausfallgebühr in Höhe des aktuellen Kassensatzes in Rechnung zu stellen.
4. Die Aufsichtspflicht der Logopädischen Praxis Wernicke besteht ausschließlich während der Therapie. Vor und nach der Therapie sind die Erziehungsberechtigten bzw. Begleitpersonen aufsichtspflichtig.
5. Wir weisen darauf hin, dass gebührenpflichtige Patient\*Innen die gesetzliche Zuzahlung an uns zu entrichten haben.
6. Ein Wechsel der Krankenkasse oder Änderungen der Kontaktdaten müssen der Praxis zeitnahe mitgeteilt werden.

7.  (Bitte ankreuzen, wenn zutreffend) Hiermit erkläre ich, dass ich die Übermittlung personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten, Befunde) durch die Logopädische Praxis Wernicke über folgende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche:

**WhatsApp**

**E-Mail**

**Sonstiges:**

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

8.  (Bitte ankreuzen, wenn zutreffend) Ich stimme der Teletherapie zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit mündlich, schriftlich oder auf elektronischem Weg widerrufen.

Zustimmung zur Teletherapie: Die Logopädische Therapie kann als telemedizinische Leistung durchgeführt werden. Eine Datenspeicherung erfolgt nicht, die Vorgaben der DSGVO werden eingehalten. Die Bestätigung der durchgeführten Therapie erfolgt per E-Mail an info@logo-wernicke.de.

Über die Vor- und Nachteile einer Teletherapie bin ich unterrichtet worden. Diese habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden. Die Nutzung von **WebPrax** als Softwareanbieter ist technische Voraussetzung für den Erhalt einer Teletherapie.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, mich an die oben genannten Vereinbarungen zu halten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Bei Minderjährigen ges. Vertreter)