

# Behandlungsvertrag Osteopathie

zwischen  
Praxis 111 - Sylvia Mühlhans, Wittenberger Str. 111, 01277 Dresden  
und

Namen des Patienten .....

Geburtsdatum .....

Name des Erziehungsberechtigten .....

Adresse .....

Telefonnummer .....

E-Mail .....

## 1. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Untersuchung und Behandlung des Patienten, in diesem Fall Ihrer Person, Ihres Kindes/er.

## 2. Honorar

Die Höhe des Honorar für eine osteopathische Untersuchung und Behandlung von ca. 50 Minuten beträgt 80 Euro. Das Honorar ist unmittelbar in voller Höhe fällig.

Sie haben die Erstattbarkeit der osteopathischen Untersuchung und Behandlung vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen Ihnen und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen. Daher sind Sie zum Ausgleich des Honorars verpflichtet unabhängig davon ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

## 3. Hinweise

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Demnach sind vereinbarte Termine ausschließlich für Sie reserviert. Sie sind daher verpflichtet, mit uns bereits vereinbarte und damit reservierte Termine 48 Stunden vorher abzusagen. Die Absage hat telefonisch auch per Anruferberater oder per E-Mail zu erfolgen.

Anderenfalls, d.h. bei Nichtabsage oder kurzfristigeren Absagen behalten wir uns das Recht vor, Ihnen die Ausfallgebühren in Höhe der Behandlungskosten in Rechnung zu stellen. Dem ist vorausgesetzt, dass wir trotz intensiver Bemühungen den Termin nicht an andere Patienten weiter vergeben konnten.

Sie haben das Recht auf Einsicht in Ihre Patientenakte, jedoch nicht auf Herausgabe der Originale. Kopien ihrer Unterlagen erhalten Sie von uns gegen eine Gebühr von 0,30 Euro pro Blatt.

Wir übernehmen keine Haftung für mitgebrachte Wertgegenstände.

Bitte reichen Sie folgende Unterlagen spätestens 2 Werktage vor Ihrem ersten Termin bei uns ein.  
Behandlungsvertrag, Rezeptkopie (wenn vorhanden), ausgefüllter Anamnesebogen

.....  
Datum, Ort, Unterschrift des Patientin/en

# Osteopathie für Ihr Kind

Anamnesebogen Anamnese Fragebogen für.....geb.....

Damit Ihr Kind optimal behandelt werden kann, ist es von Vorteil, so viel wie möglich an Informationen über Sie und Ihr Kind zu erhalten. Viele der gewünschten Informationen stehen im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheftchen Ihres Kindes. Sollten Sie dennoch nicht alle Fragen beantworten können, ist dies kein Problem. Am Termin selbst findet zusätzlich ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offenen Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können.

## 1.) Schwangerschaft / Kind

Anzahl: .....

Alter der Mutter bei der Geburt ..... Jahre

Spontanschwangerschaft ja/nein

Medikamente in der Schwangerschaft ja/nein

welche: .....

Gab es extreme Stressphasen / psychoemotionale Belastungen in der Schwangerschaft ja/nein

Entbindung in der ..... Woche

Geburtsgewicht: ..... g Länge: ..... cm

Apgar: ..... / ..... / .....

PH-Wert Nabelschnur: .....

## 2.) Die Geburt

Spontan: ja/nein

Eingeleitet: ja/nein

womit: .....

Kaiserschnitt : ja/nein  
geplant / sekundär wegen Geburtsstillstand .....

PDA /Spinalanästhesie : ja/nein

Hilfsmittel verwendet (Zange/Saugglocke) ja/nein

Lage des Kindes: (Schädellage/Beckenendlage/Sternengucker...) .....

Dauer der Geburt ab Muttermunderöffnung: .....

Anzahl (ca.) Presswehen:.....

Wurde bei der Geburt auf den Bauch gedrückt (Kristeller-Handgriff) ja/nein

Die Nabelschnur war verschlungen: ja/nein

wo: .....

Sonstige Komplikationen: .....

### 3.) Nach der Geburt

Das Kind hat sofort geschrien ja/nein

Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt ja/nein

Dauer des Krankenhausaufenthaltes .....Tage

Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen: ja/nein .....Tage

Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation ja/nein

warum:.....

Wurde das Kind beatmet ja/nein.....Tage

Medikamente Kind ja/nein

welche:.....

### 4.) Auffälligkeiten

Gibt/gab es Stillschwierigkeiten ja/nein

welche.....

Bäuerchen kommt schwer ja/nein

Bauchschmerzen / der Stuhlgang kommt schlecht ja/nein

Wir haben ein Speikind ja/nein

Gedeihstörungen ja/nein

Abendliche Unruhe ja/nein

wie lange ..... Stunden

jeden Abend ja/nein

Unstillbares Schreien ja/nein

wie lange ..... Stunden

Wie lange schläft ihr Kind - auf 24h gesehen ..... Stunden

### 5.) Asymmetrie, Fehlhaltungen, Sonstiges

Sofort nach der Geburt		ja/nein
Erst später sichtbar		ja/nein
ab wann: .....		
Köpfchen ist abgeflacht		ja/nein
welche Seite: .....		
Überstreckt sich das Kind/macht es sich steif		ja/nein
Es wurde eine Hüftfehlstellung festgestellt /breit wickeln/Spreizhose		ja/nein
Das Baby		
schaut nur nach		re. / li.
bevorzugt eine Brust		re. / li.
dreht sich nur nach		re. / li.
bewegt beide Arme gleich		ja/nein
Ihr Kind schläft in	Rücken / Seiten /Bauchlage	
Akzeptiert Ihr Kind die Rückenlage		ja/nein
Akzeptiert Ihr Kind die Bauchlage		ja/nein

### 6.) Sonstige Erkrankungen/ Auffälligkeiten

z.B. (Neurodermitis, Allergien, Unverträglichkeiten, Rachenwegsinfekte, Mittelohrentzündung, ADHS, Augenproblem, Zahn- Aufbiß, Kopfschmerz, Konzentration, Bewegungsverhalten- und Koordination)

.....

### 7.) Bisherige Therapie

(Physiotherapie, Arzt, Heilpraktiker, Osteopathie)

### 8.) Entwicklung im 1. Lebensjahr

Abweichungen /Probleme		ja/nein
welche: .....		
Therapie im 1. Lebensjahr		ja/nein
welche: .....		
Verhaltensauffällig im Kindergarten.....		ja/nein
Schule .....		ja/nein
Lernstörungen .....		ja/nein

Motorische Auffälligkeiten  
(Haltung, Bewegungen, Koordination)..... ja/nein

Psychisch- emotionale Auffälligkeiten ja/nein

Schlafstörungen( Ein- und Durchschlafen) ja/nein

Brille ja/nein

warum: .....

Zahnsperre ja/nein

warum: .....

Familiäre Situationen/Besonderheiten ja/nein

.....

.....

Ort/Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten