

# Behandlungsvertrag Osteopathie NUR FÜR Behandlung (Kinder / Jugendliche) in DRESDEN

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 90,00 €**. Das Honorar ist **unmittelbar** in voller Höhe **per EC-Karte** oder **in bar** zu bezahlen. Möchten Sie **per Rechnung** bezahlen, erstellen wir Ihnen gerne eine Rechnung zur Überweisung. Dafür erheben wir eine **Bearbeitungsgebühr** von **1,00 €** bei Zustellung **per E-Mail** und **1,80 € per Brief/** Postweg.

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.

Bitte bringen Sie den **ausgefüllten Anamnesebogen** zur 1. Behandlung mit, sowie eine Kopie des **aktuellen Rezeptes**. Beides können Sie uns auch vorab per Mail zusenden.

## 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 Anrufberater 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.

#### 4. Terminvereinbarung

Hiermit bestätige ich meine bereits vorgenommenen Terminvereinbarungen an folgenden Tagen:

.....

#### 5. Datenschutz

Sie gestatten der o. g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Praxisinhaber.

Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weitergegeben werden. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Wir bitten Sie, sofern vorhanden, um Angabe Ihrer Email Adresse, insbesondere bei Notwendigkeit der kurzfristigen Terminabsage bzw Verschiebung im akuten Krankheitsfall unsererseits. Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis zur Information per Mail.

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Patienten/in / Bevollmächtigter / Sorgeberechtigter\*

\*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

# ANAMNESEBOGEN

für Kinder (ab 4 Jahre) / Jugendliche

## Allgemeine Angaben zum Kind

Grund der Vorstellung .....

.....

.....

Freizeit / Sport .....

aktuelles Alter .....

aktuelle Körpergröße in cm .....

aktuelles Körpergewicht in kg .....

Name des Hausarztes / Therapeuten .....

## Entwicklung des Kindes

### Information zur Geburt

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Einsatz einer Saugglocke

Einsatz einer Geburtszange

Dauer der Geburt ca. .... Stunden

Traten während der Geburt  
Komplikationen auf? Nein  Ja  - welche?

.....

.....

Besonderheiten nach der Geburt .....

.....

Welche der folgenden Angaben  
treffen / trafen auf Ihr Kind im  
Babyalter zu?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schulterluxation          | <input type="checkbox"/> Trink- / Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Körpers | <input type="checkbox"/> Tränenkanalverschluss     |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung des Kopfes  | <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen         |
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie             | <input type="checkbox"/> Gelbsucht                 |
| <input type="checkbox"/> Asymmetrie des Kopfes     | <input type="checkbox"/> Schielen                  |
| <input type="checkbox"/> Koliken                   | <input type="checkbox"/> Augensenkung              |

Gibt / gab es motorische  
Auffälligkeiten?

Nein  Ja  - welche?

.....  
.....

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

Nein  Ja  - ab dem ..... Monat

**Angaben zur Krankheitsgeschichte**

- Kopfverletzungen
- Knochenbrüche
- Fuß- und Knieluxationen
- Stürze auf Becken / Steißbein
- Sportunfälle
- Auto- / Fahrradunfall
- Sonstiges - Bitte kurz beschreiben:

.....  
.....

**Weitere Erkrankungen**

- Herz- / Kreislaufbeschwerden
- Atemorgane (Bronchien, Lunge, Nase, Rachen)
- Verdauungsorgane
- Wirbelsäule-, Gelenkschmerzen
- Blase / Niere
- Menstruationsbeschwerden ( Mädchen)
- Urogenitalorgane (Jungen)
- Sonstiges - Bitte kurz beschreiben:

.....  
.....

Wurde Ihr Kind operiert?

Nein  Ja  - Bitte genaue Angaben:

.....  
.....

Befindet /befand sich Ihr Kind in  
Zahn- / kieferorthopädischer  
Behandlung?

Nein  Ja  - Kurze Beschreibung:

.....  
.....

Trägt Ihr Kind eine Brille?

Nein  Ja  - Seit wann und warum?

.....  
.....

Klagt Ihr Kind über  
Augenschmerzen?

Nein  Ja  - Kurze Beschreibung:

.....  
.....

Klagt Ihr Kind häufig über  
Kopfschmerzen?

Nein  Ja  - In welchen Zeitabständen,  
wie fühlt sich der Schmerz an (z.B.  
Druckschmerz oder stechende  
Schmerzen)?

.....  
.....

Hat Ihr Kind Konzentrations- oder  
Koordinationsstörungen?

Nein  Ja

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind  
mit Lesen, Fernseher, Computer,  
Smartphone...?

ca. .... Stunden pro .....

Benötigt Ihr Kind regelmäßig  
Medikamente?

Nein  Ja  - welche?

.....  
.....

Befindet sich Ihr Kind zurzeit  
in Therapie (Ergotherapie,  
Logopädie...)?

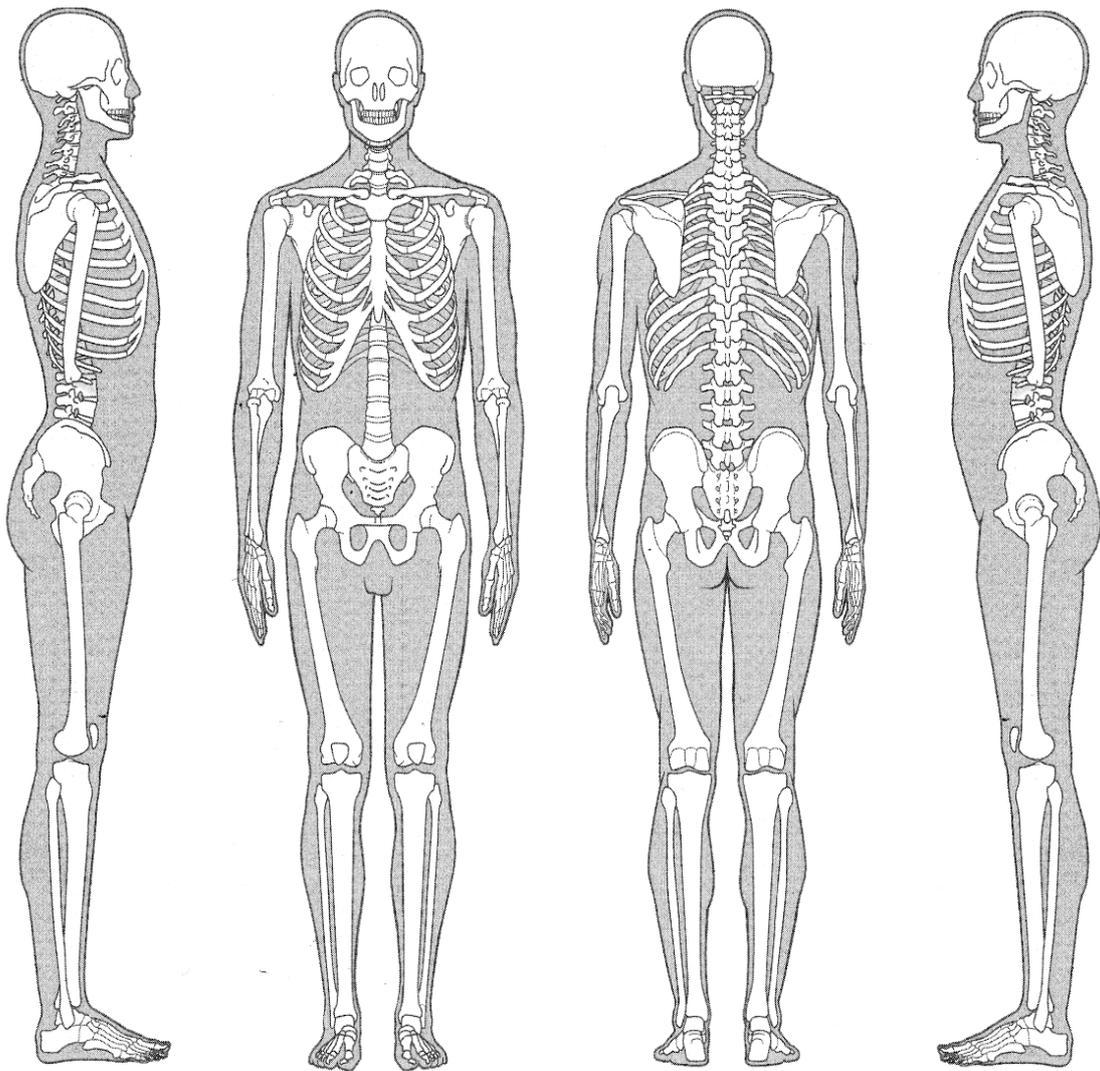
Nein  Ja  - welche, wann, warum?

.....  
.....

**Aktuellen Beschwerden**

Wo befinden sich die Schmerzen?

Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Seit wann hat das Kind die  
Beschwerden?

.....

.....

Gab es vor dem ersten Auftreten der  
Beschwerden ein Ereignis?

(Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall,  
Medikamente etc.)? - Kurze Beschreibung:

.....

.....

Kam es zu einer Veränderung der  
Schmerzen?

Nein  Ja  - Kurze Beschreibung:

.....

.....

Wie oft hat das Kind Schmerzen?

immer  wöchentlich  
 mehrmals am Tag  seltener

Wann treten die Schmerzen auf?

tagsüber  bei Belastung  
 nachts  beim Aufstehen  
 im Liegen  nach dem Essen  
 im Ruhezustand

Wodurch verschlimmern sich  
die Schmerzen?

(Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.)? -  
Kurze Beschreibung:

.....

.....

Wodurch verbessern sich  
die Schmerzen?

.....

.....

Beschreiben Sie bitte das  
Schmerzepfinden?

(ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend,  
krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend,  
dumpf etc.)? - Kurze Beschreibung:

.....

.....

Treten zu den Schmerzen weitere  
Symptome auf?

- Schwellungen
- Taubheitsgefühl
- Kribbeln
- Hautrötungen
- Blässe
- Seh- oder Hörstörungen
- Schweißbildung
  
- Schwindel
- Berührungsempfindlichkeit
- Muskelschwäche
- Bewegungseinschränkung
- Koordinationsstörungen
- Sonstiges - Kurze Beschreibung:

.....

.....

Wie wurden die Beschwerden bisher  
behandelt und mit welchem Erfolg?

.....

.....

.....

.....

Erfolgte eine schulmedizinische  
Abklärung / Diagnostik?

.....

.....

Andere (bislang nicht erfragte)  
Beschwerden

.....

.....

.....

Sonstige Auffälligkeiten  
(körperlich, emotional, Verhalten...)

.....

.....

.....