

Behandlungsvertrag Osteopathie NUR FÜR Behandlung (Erwachsene) in DRESDEN

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

Namen des Patienten

Geburtsdatum

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 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.

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

Erwachsene

Name des Hausarztes / Therapeuten

Grund / Anlass der Vorstellung

.....

.....

.....

.....

Berufstätigkeit

Allgemeine Angaben

aktuelles Alter

aktuelle Körpergröße in cm

aktuelles Körpergewicht in kg

Raucher Nein Ja

Information zur eigenen Geburt (soweit vorhanden)

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Einsatz einer Saugglocke Keine Kenntnis

Einsatz einer Geburtszange Keine Kenntnis

Dauer der Geburt ca. Stunden Keine Kenntnis

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

.....

.....

Knicken Sie leicht mit dem Fuß um? Fuß rechts Fuß links

Neigen Sie zu Stürzen? Nein Ja

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Gicht
- Gefäßerkrankungen
- Allergien - wenn ja, welche?

.....
.....

Unverträglichkeiten Nein Ja - welche?

.....
.....

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen?

<input type="checkbox"/> Gehirn	<input type="checkbox"/> Nervensystem
<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt
<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="checkbox"/> Blase
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Gebärmutter
<input type="checkbox"/> Galle	<input type="checkbox"/> Herz
<input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> Schilddrüse

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen
Stuhlgang

Leiden Sie häufig unter Durchfall Verstopfung
nervösen Magen Blähungen

Leiden Sie unter Schlafstörungen Konzentrationsschwäche
Gereiztheit Stimmungsschwankungen
Unruhe Arbeitsproblemen
Angstgefühlen Leistungsabfall
Überforderung Familienprobleme
Stress anderen Problemen

Fragen an die Frauen

Leiden Sie an Menstruationsbeschwerden? Nein Ja - welche?

.....
.....

Haben Sie unregelmäßige Blutungen? Nein Ja - In welchem Abstand?

.....
.....

Nehmen Sie Hormone / Pille? Nein Ja - Kurze Beschreibung:

.....
.....

Haben Sie bereits Geburten hinter sich? Nein Ja - Wie war die Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangen- geburt, Steißlage, PDA?)
Kurze Beschreibung:

.....
.....

Anzahl Schwangerschaften

Anzahl Geburten

Gab es Komplikationen / Besonderheiten während der Schwangerschaft oder nach der Geburt ? Nein Ja - Kurze Beschreibung:

.....
.....
.....

Leiden Sie unter Wechseljahr- beschwerden? Nein Ja - Kurze Beschreibung:

.....
.....

Allgemeine Fragen zum Lebensstil

- Essgewohnheiten vegan Allesesser
 vegetarisch überwiegend Fastfood
 Diät (.....)

Trinkgewohnheiten Ich trinke ca. Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja - Kurze Beschreibung wie oft:

.....
.....

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten?

.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein?

.....
.....
.....
.....

Wurden Sie schon einmal operiert (welche OP und wann) ?

.....
.....
.....
.....

Welche Narkose haben Sie erhalten?

- Vollnarkose
- Teilnarkose
- PDA (Rückennarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden?

.....
.....
.....
.....

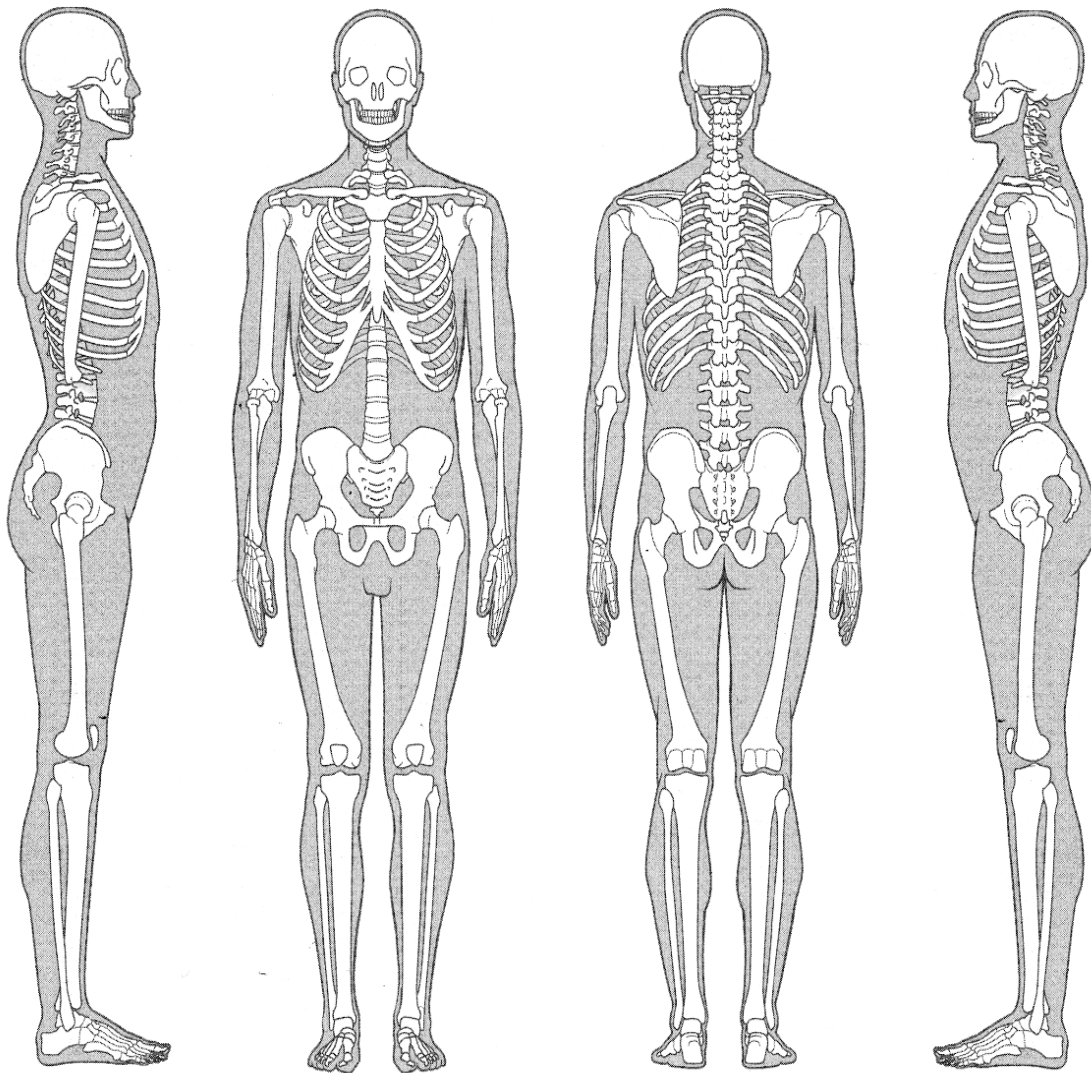
Welche Krankheiten / Unfälle / Stürze hatten Sie bisher?

.....
.....
.....
.....

Ihre aktuellen Beschwerden

Wo befinden sich die Schmerzen?

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



Beschreiben Sie ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark)

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 |

Seit wann haben Sie 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 haben Sie 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 Ihr
Schmerzempfinden?

(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

.....
.....
.....
.....