

# Behandlungsvertrag Osteopathie NUR FÜR Behandlung (Säugling) 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 Säuglinge und Kleinkinder

### Angaben zum Kind

aktuelles Alter .....

aktuelle Körpergröße in cm .....

aktuelles Körpergewicht in kg .....

Geschwister    Nein     Ja  - Alter: .....

### Grund / Anlass zur Vorstellung

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

### Entwicklung des Kindes

#### Verlauf der Schwangerschaft

Gab es emotionalen Stress?    Nein     Ja

Stürze oder Unfälle?    Nein     Ja

Übelkeit?    Nein     Ja

Komplikationen?    Nein     Ja  - kurze Beschreibung:

.....  
.....

Erkrankungen? .....

Medikamente? .....

#### Information zur Geburt

Lage des Kopfes in der  
Austreibungsphase .....

.....

Spontangeburt

Kaiserschnitt  geplant  Notfall

Einsatz einer Saugglocke

Einsatz einer Geburtszange

geboren in SSW in der ..... Woche

Wurde die Geburt eingeleitet? Nein  Ja  - welche Art (Wehenmittel etc.)?

.....

.....

Medikamente während des Geburtsvorgangs? Nein  Ja  - welche Art (PDC etc.)?

.....

.....

Körperhaltung während des Geburtsvorgangs? Hockend  Liegend  Andere Haltung

.....

.....

Dauer der Geburt ca. .... Stunden Anzahl der Presswehen: .....

Traten während der Geburt Komplikationen auf? Nein  Ja  - welche? Kurze Beschreibung:

.....

.....

**Nach der Geburt**

Das Kind hat nach der Geburt geschrien? Nein  Ja

Das Kind hat spontan die Brust gesucht? Nein  Ja

Fand Hautkontakt statt? Nein  Ja

Trennung von Mutter und Kind? Nein  Ja  - weil:

.....

.....

Verformung des Kopfes? Nein  Ja

**Die ersten Monate**

Das Kind wurde gestillt?    Nein     Ja  - ..... Monate

Gab es Probleme beim Stillen?    Nein     Ja  - Beschreibung:

.....  
.....

Gab es beim Kind eine Lieblingsseite  
beim Stillen?    Nein     Ja  - welche:

.....

Flaschennahrung    Nein     Ja  - ab dem ..... Monat

Zugefüttert    ab dem ..... Monat

Dreimonatskoliken    Nein     Ja

Verdauungsprobleme    Nein     Ja  - Beschreibung:

.....  
.....

Spuckkind    Nein     Ja

Schreikind    Nein     Ja

Schlafprobleme    Nein     Ja  - Beschreibung:

.....  
.....

Schläft in    Rückenlage     Seitenlage     Bauchlage

Akzeptiert tagsüber    Rückenlage     Bauchlage

**Altersgerechte Entwicklung**

Hebt den Kopf in Bauchlage?    Nein     Ja  - seit es ..... Monate alt ist

Dreht sich von Bauch- in  
Rückenlage und zurück?    Nein     Ja  - seit es ..... Monate alt ist

Hält den Kopf selbst, wenn es zum  
Sitzen hochgezogen wird?    Nein     Ja  - seit es ..... Monate alt ist

Sitzt ohne Unterstützung?    Nein     Ja  - seit es ..... Monate alt ist

Robbt und krabbelt?    Nein     Ja  - seit es ..... Monate alt ist

Zieht sich an Möbeln hoch?    Nein     Ja  - seit es ..... Monate alt ist

**Sonstige Angaben**

Gab es Erkrankungen?    Nein     Ja  - Beschreibung / Alter:

.....  
.....

Benötigt das Kind Medikamente?    Nein     Ja  - welche?

.....  
.....

Gab es Stürze oder Unfälle?    Nein     Ja  - Beschreibung / Alter:

.....  
.....

Wurde das Kind operiert?    Nein     Ja  - Beschreibung / Alter:

.....  
.....

Wurde das Kind geimpft?    Nein     Ja

Gab es Impfreaktionen?    Nein     Ja  - welche?

.....  
.....

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

.....  
.....