

Behandlungsvertrag Osteopathie NUR FÜR Behandlung 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.

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.

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.

Grund der Vorstellung

.....

.....

.....

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 KrankenhausaufenthaltesTage	
Das Kind hat eine Lichttherapie bekommen:	ja/neinTage
Wärmebettchen/Brutkasten/Intensivstation	ja/nein
warum:.....	
Wurde das Kind beatmet	ja/neinTage
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