

Ich muss noch ...

... 2 Tage vor
der Behandlung

den ausgefüllten Behandlungsvertrag und
Anamnesebogen in der Praxis abgeben. ✓



... am Behandlungstag

eine Kopie meines Rezepts mitbringen ✓

und kann ausschließlich in bar oder mit meiner
EC-Karte bezahlen, denn eine Debit- oder Kreditkarte
wird nicht akzeptiert. Eine Bezahlung über
mein Smartphone ist auch nicht möglich. ✓

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. Wir akzeptieren **keine** Debit und Kreditkarten, auch ist die Zahlung über Ihr Handy nicht möglich. 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 geben Sie den ausgefüllten **Behandlungsvertrag und Anamnesebogen** 2 Werktage vor Ihrem ersten Termin ab. Beides können Sie uns auch vorab per E-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 bringen Sie folgendes zu Ihrem Behandlungstermin mit:

- Behandlungsvertrag bitte 2 Werktage vor Ihrem ersten Termin abgeben
- Anamnesebogen bitte 2 Werktage vor Ihrem ersten Termin abgeben
- **KOPIE des Originalrezeptes**
- Badehandtuch oder Bettlaken
- bequeme Kleidung
- warme Socken

.....
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...)

.....
.....