

Behandlungsvertrag osteopathische Behandlung



Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

Geburtstag:

E-Mail:

Telefon / Handy:

gesetzlich versichert privat versichert Beihilfeberechtigt Selbstzahler

Terminabsage / Ausfalltermin / Ausfallrechnung / Bereitstellungshonorar

Im Unterschied zu einer ärztlichen Praxis vergebe ich feste Termine und halte die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reserviert. Sie haben somit mit mir mit der Terminvergabe eine verbindliche Vereinbarung getroffen.

Sollten Sie Ihren Termin daher einmal nicht wahrnehmen können, sagen Sie mir umgehend Bescheid. Eine Nichtwahrgenommene und Nichtabgesagte Behandlungszeit wird Ihnen daher in Form eines Bereitstellungshonorars in Rechnung gestellt.

Absagen können Sie schriftlich via E-Mail osteopathie-kleinehaende@gmx.de oder unter 0176 – 57984909 per Whatsapp. Bitte sehen Sie von Anrufen ab, da diese nicht nachgewiesen werden können oder aufgrund von Behandlungszeiten nicht entgegengenommen werden können.

Privatversicherung / Beihilfe

Sollten Sie privat versichert sein, gelten die Honorarsätze nach der Heilmittelverordnung als vereinbart und sind durch Sie zu begleichen, unabhängig davon, ob Ihre Versicherung oder Beihilfe den Rechnungsbetrag nur teilweise oder gar nicht erstattet.

Erkundigen Sie sich daher im Zweifel vor Behandlungsbeginn bei Ihrer Krankenkasse.

Ort, Datum

Unterschrift



Anamnesebogen



Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich, da dies für die osteopathische Erstbehandlung sehr wichtig ist. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht. Nach der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht wird der Anamnesebogen vernichtet.

Bitte senden Sie mir den Anamnesebogen vor Ihrer Erstbehandlung an osteopathie-kleineHaende@gmx.de oder bringen diesen in ausgedruckter Form mit.

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Name: _____ | Vorname: _____ |
| Geburtsdatum: _____._____._____ | |
| Straße: _____ | PLZ / Ort: _____ |
| Telefon / Mobil: _____ | |
| E-Mail: _____@_____ | |
| Beruf: _____ | Hobbys/Sport: _____ |
| Hausarzt / Facharzt: _____ | |

Konsultationsgrund

Welche Beschwerde(n) haben Sie? _____

Seit wann? _____

Gibt es Ihrer Meinung nach einen Auslöser bzw. eine Ursache für Ihre Beschwerde(n)? _____

Sind bereits Voruntersuchungen gelaufen? (falls vorhanden, MRT, CT, Röntgen, Labor, Arztbericht, etc. mitbringen)

Leiden Sie zurzeit unter Nachtschweiß Fieber Müdigkeit ungewolltem Gewichtsverlust



Wodurch werden die Beschwerden beeinflusst?

| | verschlimmert sich | verbessert sich |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schlaf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entspannung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wärme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kälte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vorerkrankungen

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein

Ja _____ Dosierung _____
_____ Dosierung _____
_____ Dosierung _____
_____ Dosierung _____

Welche Diagnosen wurden bisher gestellt?

Sind bei Ihnen Plastiken, Prothesen, Herzschrittmacher, Netze oder andere Fremdkörper eingesetzt worden?

Nein

Ja _____ seit wann _____
_____ seit wann _____

Wurden Operationen durchgeführt? Bitte alle aufführen.

_____ wann _____
_____ wann _____
_____ wann _____
_____ wann _____



Aktuelle Situation

Wie hoch ist ihr Stresspegel? 12345678910 (1 = minimal)

Wie hoch ist ihr Schmerzpegel? 12345678910 (1 = minimal)

Sind Sie Raucher? Ja _____ Zigaretten am Tag

Leiden Sie zeitweise unter

- Kopfschmerzen
- Tinnitus
- Schlafstörungen
- Knirschen mit dem Kiefer
- Pressen mit dem Kiefer

Magen-Darm-Trakt

| | |
|---|--|
| Essgewohnheiten <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> vegetarisch Abneigungen: _____ Vorlieben: _____ Unverträglichkeiten: _____ Allergien: _____ | Stuhlgang Auffälligkeiten: _____ Häufigkeit: _____ Konsistenz: _____ <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl <input type="checkbox"/> Wechselstühle |
| Trinkgewohnheiten Ich trinke _____ Liter am Tag Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ödeme | Blase Entspricht die Urinmenge der Trinkmenge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Merkmale <input type="checkbox"/> trüb <input type="checkbox"/> dunkel <input type="checkbox"/> süßlicher Geruch |

Therapien, die bereits ausprobiert wurden

- Physiotherapie Logopädie Ergotherapie Akupunktur / Spritzen Medikamente
 Osteopathie _____

Was sollte ich sonst noch wissen? _____



Gynäkologie

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wie viele Geburten? _____

Wie haben Sie entbunden? natürliche Geburt eingeleitet unter PDA
 Kaiserschnitt Sturzgeburt Beckenendlage Sterngucker

Welches Verhütungsmittel verwenden Sie aktuell?

Spirale Diaphragma Pflaster Pille Kondom

Vorherige Verhütungsmittel: _____

Haben Sie Menstruationsstörungen? _____

Patientenaufklärung

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die zu behandelnde Person wird in seiner Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit Händen. Es können Funktionsstörungen des Nervensystems, des cranio-sacrals Systems und des Vizerums behandelt werden.

Kontraindikation: Verdachtsdiagnosen, wie z.B. Bandscheibenvorfälle, die mir eine Behandlung untersagen, werden von mir nicht behandelt. Eine weitere wichtige unsichere bzw. ungeklärte Diagnose. Vor der Behandlung muss daher zwingend eine entsprechende Abklärung erfolgen (Facharztbesuch oder bildgebendes Verfahren), damit es in der Behandlung nicht zu vermeidbaren Behandlungsverzögerungen oder gesundheitlichen Verschlechterung oder gar Behandlungsfehlern kommt.

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei folgenden Behandlungen:

Aneurysmen, akuter Entzündung, Infektionskrankheiten, Knochenbrüche, fieberhafter Erkrankung, Tumorerkrankung, Bluterkrankheit, Durchblutungsstörung des Gehirns, spontaner Hämatombildung, Thrombose, schweres Krankheitsgefühl oder akuter Herz-Kreislaufbeschwerden.

! Wenden Sie sich in diesen Fällen zuerst an Ihren Hausarzt !

Risiken der Behandlung: Nach der Behandlung kann es zu einem Gefühl von Schwindel oder Müdigkeit, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörung, muskelkarterähnlichem Schmerz, kurzfristiger Symptomverschlimmerung oder Akutwerden einer chronischen Entzündung kommen.

Sollte dies ein gewisses Maß überschreiten, nehmen Sie mit mir oder Ihrem behandelnden Arzt Kontakt auf oder suchen die nächstgelegene Notaufnahme auf.

Ich erkläre hiermit, über die osteopathische Behandlung aufgeklärt worden zu sein. Bei Fragen wenden Sie sich an die behandelnde Therapeutin.

Süchteln, den ____ . ____ . _____ Unterschrift Patient _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

