

## Anmeldung Jugendlicher/ Erwachsener

### Behandlungsvertrag Osteopathie

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_  
PLZ - Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
 Gesetzlich (TKK, DAK usw.)  Beihilfe/Post  Privat –Versicherung

#### **Vertragsgegenstand:**

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.

#### **Honorar:**

Als Honorar für die osteopathische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung ein Betrag zwischen 80 und 85 Euro vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf.

Ich bin darüber informiert worden, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Krankenkasse und/oder der Beihilfestelle **möglicherweise nur teilweise** oder gar nicht übernommen werden, was **keinen** Einfluss auf meine Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorar-Rechnung hat.

#### **Hinweis:**

Bitte denken Sie daran einen Termin, den Sie nicht wahrnehmen können, 24 Stunden vorher abzusagen, ansonsten müssen wir Ihnen den nicht wahrgenommenen Termin mit 80 Euro in Rechnung stellen.

Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

## Fragebogen Jugendlicher/ Erwachsener, Seite 2

Beruf: \_\_\_\_\_

Hobby/ Sport: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund für eine osteopathische Behandlung? \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wo sind die Beschwerden genau? \_\_\_\_\_

Gab es einen Auslöser? \_\_\_\_\_

Wie stark sind die Schmerzen (Skala 1- 10, 1= wenig, 10 am Stärksten) \_\_\_\_\_

Wie heißt Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung/ warum? \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen Erkrankungen diagnostiziert oder gab es Störungen am  
Bewegungsapparat/ welche?

\_\_\_\_\_

Habe Sie Therapien erhalten? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Wofür, welche, seit wann?

\_\_\_\_\_

Wurden Sie operiert? \_\_\_\_\_

Woran und wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schwere Unfälle/ Brüche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten? \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

Beschwerden mit dem Verdauungstrakt? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_

Bestehen Probleme mit Augen/ Ohren/ Kiefer? \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie zur Behandlung vorhandene ärztliche Befunde und Röntgen-, bzw. MRT- Bilder mit.

**Selbstverständlich unterliegen alle diese Informationen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt!**

**A. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen:**

Angela Bigge, Kirstin Kulawiak, Osteopathie-Praxis Pinneberg, Schillerstraße19, 25421 Pinneberg

**B. Verarbeitungszweck**

Die den Patienten betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde werden zum Zwecke der Diagnostik und osteopathischen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags und zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet und gespeichert (Art. 9 Abs. 2 Nr. h DSGVO). Sie werden auch den in der Praxis angestellten Personen, die mit der Behandlung oder Abrechnung der osteopathischen Leistungen betraut sind und entsprechend der Datenschutzrichtlinie zur Vertraulichkeit verpflichtet wurden, zur Kenntnis gegeben wird, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist (Art. 9 Abs. 3 DSGVO).

Datenverarbeitung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie ist aber erforderlich, um im Rahmen des Behandlungsvertrags mit dem Patienten die Diagnostik und Behandlung durchzuführen und die Behandlung abzurechnen. Ohne die Datenverarbeitung ist die Durchführung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

**C. Empfänger der Daten**

Die personenbezogenen Daten des Patienten werden im Übrigen Dritten zur Verfügung gestellt: in diesem Fall die von uns beauftragte Steuerkanzlei.

**D. Speicherdauer**

Die die Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde, werden im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre nach Beendigung des Behandlungsvertrags) aufbewahrt.

**E. Betroffenenrechte**

Der Patient hat das Recht, jederzeit Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten zu verlangen. Er hat ein Widerspruchsrecht, ein Recht auf Berichtigung und Einschränkung der Verarbeitung und Löschung der Daten habe, soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiter hat der Patient ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde und kann die Übersendung der ihn betreffenden, von ihm zur Verfügung gestellten Daten verlangen. Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, kann diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

## **Einwilligung,**

Seite 4

Rechtsgrundlage: Art. 6 ABS. 1 Ziffer a) DSGVO

HIERMIT erkläre ich, \_\_\_\_\_ (Patient/  
Erziehungsberechtigter) mich damit einverstanden, dass die Osteopathie-Praxis Pinneberg,  
vertreten durch die Praxisinhaberinnen Kirstin Kulawiak und Angela Bigge meine Daten / die Daten  
meines Kindes zur Erstellung der Buchhaltung an die von uns beauftragte Steuerkanzlei  
weitergereicht werden dürfen.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, mit der Osteopathie-Praxis Pinneberg per E-Mail  
in Kontakt zu treten, um Termine zu vereinbaren. Personenbezogene Daten (z. Bsp. Befunde,  
Rechnungen, Diagnosen etc.) werden von Seite der Praxis nicht per E-Mail versendet.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft  
widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung  
widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile.

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seine Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht.

**Anwendungen:**

- Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der inneren Organe
- Funktionsstörungen des Nervensystems
- Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems

**Gegenanzeigen/Kontraindikationen:**

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- Akuten Entzündungen
- Infektionserkrankungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Brüchen
- Tumorerkrankungen
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontanen Hämatombildungen

**Risiken der Behandlung sind:**

- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber
- Schlafstörungen
- Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Muskelkaterähnliche Schmerzen

## Risiken der Wirbelsäulenbehandlung:

Seite 6

- Gelegentlich leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut
- In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1. 2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Individuelle Risikofaktoren des Patienten:

---

---

Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

---

---

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gem. obigem Text durch Frau Bigge / Frau Kulawiak über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie aufgeklärt worden zu sein.

Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.

Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen.

Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Name des Patienten: .....

Datum: .....

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten : .....

Ich verzichte auf die Information und Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung durch Osteopathie.

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten : .....

Praxisstempel, Unterschrift