

Anmeldung Säuglinge bis 12 Monate Behandlungsvertrag Osteopathie



Name Kind: _____

Geburtsdatum: _____

Name Eltern: _____

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 mit der Osteopathie-Praxis Pinneberg, Eichenstraße 28, 25462 Rellingen.

Honorar:

Als Honorar für die osteopathische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung ein Betrag von 70 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 70 Euro in Rechnung stellen.

Datum : _____ Unterschrift der Eltern : _____

Einwilligung Datenschutz 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 sowie die freien Mitarbeiter 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.

Einwilligung Patientenaufklärung

Individuelle Risikofaktoren des Patienten:

Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gem. vorgelegtem Text durch die behandelnde Osteopathin 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.

Datum: Unterschrift der Eltern:

Fragebogen Säugling bis 12 Monate

Was ist der Grund für eine osteopathische Behandlung?

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Wie heißt Ihr Kinderarzt? _____

Wie war die Geburt Ihres Kindes?

Wie lange hat sie gedauert? _____

Spontan? _____

Hilfsmittel? _____

Kaiserschnitt? (geplant/Notkaiserschnitt) _____

Wie verlief die Schwangerschaft?

Gab es Probleme oder Erkrankungen der Mutter?

Welche Medikamente mussten Sie einnehmen?

Wurden bei Ihrem Kind eine Erkrankung diagnostiziert? _____

Welche?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Welche, wofür, seit wann?

Wurde Ihr Kind schon operiert? _____

Woran und wann?

Hatte Ihr Kind schwere Unfälle/Stürze?

Hat Ihr Kind Allergien/Unverträglichkeiten?

Welche?

In welchem Monat hat Ihr Kind begonnen zu krabbeln? _____

In welchem Monat hat Ihr Kind begonnen zu laufen? _____

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zur ersten Behandlung mit in unsere Praxis. Wir werden diesen dann gerne zusammen besprechen.

Selbstverständlich unterliegen alle diese Informationen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Wir weisen Sie noch einmal darauf hin, dass wir bei Babys und Kleinkindern keine chiropraktischen Techniken anwenden.