

## Anmeldung Jugendlicher / Erwachsene Behandlungsvertrag Osteopathie

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ - Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

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 ca. 90 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 **telefonisch** abzusagen, ansonsten müssen wir Ihnen den nicht wahrgenommenen Termin mit 85 Euro in Rechnung stellen.

## Einwilligung Datenschutz Rechtsgrundlage: Art. 6 ABS. 1 Ziffer a) DSGVO

Ich bin 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 nur verschlüsselt 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

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gemäß vorgelegtem Text (Patienteninformation) 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.

Ich habe die oben aufgeführten Informationen gelesen, sie zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Datum: ..... Unterschrift: .....

**Fragebogen Jugendlicher / Erwachsene**



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

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

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

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 Herzen, Lunge, Urogenital- o. 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.**

Therapeutische Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

Risikofaktoren: \_\_\_\_\_