

Anamnesebogen

Name, Vorname:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Geburtsdatum:

Beruf.:

Mail:

Tel.-Nr.:

Krankenkasse:

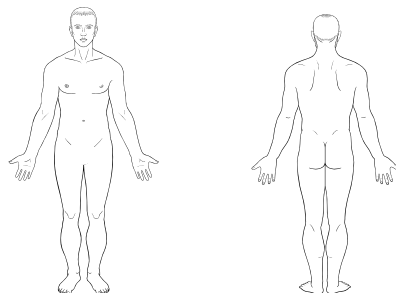
Firmenfitness:



1. Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?

2. Was verändert die Beschwerden (sowohl positiv als auch negativ)?

3. Kreisen Sie bitte Ihre Schmerzpunkte ein!



4. Welche Therapien hatten Sie bisher? Welche davon waren erfolgreich?

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

6. Hatten Sie bisher Operationen in ihrem Leben? (z.B. auch Zahn-Op/ Unfälle/ Traumata) Wenn ja, welche?



Bitte wenden!

7. Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzerkrankung | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Skoliose |
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Multiple Sklerose |
| <input type="radio"/> Herzschrittmacher/Defibrillator | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Bypass/Stent | <input type="radio"/> Diabetes Typ I |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Diabetes Typ II |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | |
| <input type="radio"/> Migräne | |
| <input type="radio"/> Atemwegserkrankung: | _____ |
| <input type="radio"/> Bandscheibenvorfall Höhe: | _____ |
| <input type="radio"/> Sonstige; | _____ |

8. Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen Sport und wie häufig?

9. Was wollen Sie im Alltag wieder können, was aufgrund der aktuellen Beschwerden nicht möglich ist?

☒ Hiermit bestätige ich das gewissenhafte Ausfüllen des Anamnesebogens.

Datum, Unterschrift

Ggf. vom Therapeuten auszufüllen:

- Blutdruck/Puls:
- Sauerstoffsättigung:
- Empfehlung:

KG-Aktiv: ☐ ja ☐ nein

LHB/BVB: ☐ ja ☐ nein

Kurszeiten:

Mo Di Mi Do Fr ____ : ____ Uhr

Mo Di Mi Do Fr ____ : ____ Uhr

Behandlungsvertrag Osteopathie



| | |
|---------------|----------------|
| Name | Geburtsdatum |
| <div></div> | <div></div> |
| Straße, Ort | Handynummer |
| <div></div> | <div></div> |
| Telefonnummer | E-Mail-Adresse |
| <div></div> | <div></div> |

☐ Beihilfe

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.

II. Honorar

Als Honorar für eine osteopathische Heilbehandlung wird **unabhängig von der Länge der Behandlung** ein Betrag von

70,00 € (ca. 30 Minuten Folgetermine Säuglinge und Kleinkinder)

105,00 € (ca. 45 Minuten, ebenso Erstkontakte Säuglinge und Kleinkinder)

140,00 € (ca. 60 Minuten)

vereinbart.

Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf.

Das Honorar ist unmittelbar nach der Behandlung in bar oder per EC-Karte zu entrichten. Ist die Anmeldung unbesetzt, erhalten Sie eine Rechnung von uns.

III. Hinweise

Terminregelung

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, haben Sie die Chance den **Termin 24 Stunden vorher kostenlos abzusagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können (Info auf Anrufbeantworter ebenfalls möglich). Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden.

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Für diesen Fall wird dem Patienten **die Höhe eines halben Honorars** für jede vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt.

Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt teilweise nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker und ist dieser angeglichen. Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

Datenschutzerklärung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis EDV gespeichert werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

IV. Hinweis

Zu den Terminen bringen Sie bitte ein **großes und ein kleines Handtuch** mit. Bei Versäumen dieses Hinweises stellen wir Ihnen gegen eine Leihgebühr von 1,00 Euro ein Handtuch zur Verfügung.

Die Osteopathie ist eine Heilkunde die mit den Händen ausgeführt wird. Hierzu sucht ihre Therapeut*in nach Bewegungsstörungen in ihrem Körper. Anschließend werden die gefundenen Regionen mit dem Ziel behandelt die Beweglichkeit zu verbessern.

Hierzu stehen viele, unterschiedliche Behandlungstechniken zur Verfügung. Wichtig: Sollten sie sich während der Anwendung unwohl fühlen (starke Schmerzen, Angst etc.) informieren sie ihre Therapeut*in umgehend, es können grundsätzlich alternative geeignete Techniken angeboten werden.

Reaktionen

In einigen Fällen kann es im Anschluss an die Behandlung zu Erstverschlechterungen (moderat verstärkte oder veränderte Schmerzsymptomatik, veränderte Schmerzlokalisation, wandernde Schmerzen...) kommen, welche bis zu drei Tagen andauern können.

Sollten Beschwerden entstehen die darüber hinaus gehen (starke Schmerzerhöhung, Andauern über drei Tage, deutliche Funktionseinschränkung) melden sie sich bitte umgehend telefonisch bei uns.

Die Unfallversicherung des Betriebs ist die BG Wohlfahrt und Pflege.

Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt und bleiben bestehen, auch wenn Erstattungsstellen die Vergütung nicht oder nur teilweise übernehmen. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags ist mir auf Wunsch ausgehändigt worden. Der Vertrag gilt bis er von einer der Parteien schriftlich widerrufen wird.

Datum

Unterschrift Patientin / Patient / gesetzlicher Vertreter

Dieser Vertrag wird mit folgendem Vertragspartner eingegangen:

- ☐ FiN Gesundheitszentrum GmbH & Co. KG, Celler Straße 4, 29525 Uelzen | Bahnhofstraße 48, 29576 Suderburg
- ☐ FiN Physio GmbH, Timelostraße 8b, 21407 Deutsch Evern