

## Ich muss noch ...

### ... 2 Tage vor der Behandlung

den ausgefüllten Behandlungsvertrag und  
Anamnesebogen in der Praxis abgeben. ✓



### ... am Behandlungstag

eine Kopie meines Rezepts mitbringen ✓

und kann ausschließlich in bar oder mit meiner  
EC-Karte bezahlen, denn eine Debit- oder Kreditkarte  
wird nicht akzeptiert. Eine Bezahlung über  
mein Smartphone ist auch nicht möglich. ✓

# Behandlungsvertrag Osteopathie NUR FÜR Behandlung (Erwachsene) in DRESDEN

zwischen  
Praxis 111 - Sylvia Mühlhans, **Wittenberger Str. 111, 01277 Dresden**  
und

Namen des Patienten .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

Telefonnummer .....

E-Mail .....

## 1. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Untersuchung und Behandlung des Patienten, in diesem Fall Ihrer Person, Ihres Kindes/er.

## 2. Honorar

Die Höhe des Honorar für eine osteopathische Untersuchung und Behandlung von ca. **50 Minuten beträgt 100,00 €**. Das Honorar ist **unmittelbar** in voller Höhe **per EC-Karte** oder **in bar** zu bezahlen. Wir akzeptieren **keine** Debit und Kreditkarten, auch ist die Zahlung über Ihr Handy nicht möglich. Möchten Sie **per Rechnung** bezahlen, erstellen wir Ihnen gerne eine Rechnung zur Überweisung. Dafür erheben wir eine **Bearbeitungsgebühr** von **1,00 €** bei Zustellung **per E-Mail** und **1,80 € per Brief/** Postweg.

Sie haben die Erstattbarkeit der osteopathischen Untersuchung und Behandlung vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen Ihnen und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen. Daher sind Sie zum Ausgleich des Honorars verpflichtet unabhängig davon ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

Bitte geben Sie den ausgefüllten **Behandlungsvertrag und Anamnesebogen** 2 Werktage vor Ihrem ersten Termin ab. Beides können Sie uns auch vorab per E-Mail zusenden.

## 3. Hinweise

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Demnach sind vereinbarte Termine ausschließlich für Sie reserviert. Sie sind daher verpflichtet, mit uns bereits vereinbarte und damit **reservierte Termine 48 Stunden vorher abzusagen**. Die Absage hat telefonisch auch per Anruferberater oder per E-Mail zu erfolgen.

Anderenfalls, d.h. bei Nichtabsage oder kurzfristigeren Absagen behalten wir uns das Recht vor, Ihnen die **Ausfallgebühren in Höhe der Behandlungskosten** in Rechnung zu stellen. Dem ist vorausgesetzt, dass wir trotz intensiver Bemühungen den Termin nicht an andere Patienten weiter vergeben konnten.

Sie haben das Recht auf Einsicht in Ihre Patientenakte, jedoch nicht auf Herausgabe der Originale. Kopien ihrer Unterlagen erhalten Sie von uns gegen eine Gebühr von 0,30 Euro pro Blatt.

Wir übernehmen keine Haftung für mitgebrachte Wertgegenstände.

#### 4. Terminvereinbarung

Hiermit bestätige ich meine bereits vorgenommenen Terminvereinbarungen an folgenden Tagen:

.....

#### 5. Datenschutz

Sie gestatten der o. g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Praxisinhaber.

Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weitergegeben werden. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Wir bitten Sie, sofern vorhanden, um Angabe Ihrer Email Adresse, insbesondere bei Notwendigkeit der kurzfristigen Terminabsage bzw Verschiebung im akuten Krankheitsfall unsererseits. Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis zur Information per Mail.

Bitte bringen Sie folgendes zu Ihrem Behandlungstermin mit:

- Behandlungsvertrag bitte 2 Werktage vor Ihrem ersten Termin abgeben
- Anamnesebogen bitte 2 Werktage vor Ihrem ersten Termin abgeben
- **KOPIE des Originalrezeptes**
- Badehandtuch oder Bettlaken
- bequeme Kleidung
- warme Socken

.....  
Ort, Datum

.....  
Patienten/in / Bevollmächtigter / Sorgeberechtigter\*

\*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

# ANAMNESEBOGEN

## Erwachsene

Name des Hausarztes / Therapeuten .....

Grund / Anlass der Vorstellung .....

.....

.....

.....

.....

Berufstätigkeit .....

**Allgemeine Angaben** .....

aktuelles Alter .....

aktuelle Körpergröße in cm .....

aktuelles Körpergewicht in kg .....

Raucher    Nein     Ja

### Information zur eigenen Geburt (soweit vorhanden)

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Einsatz einer Saugglocke     Keine Kenntnis

Einsatz einer Geburtszange     Keine Kenntnis

Dauer der Geburt    ca. .... Stunden    Keine Kenntnis

Traten während der Geburt  
Komplikationen auf?    Nein     Ja  - welche?

.....

.....

Knicken Sie leicht mit dem Fuß um? Fuß rechts  Fuß links

Neigen Sie zu Stürzen? Nein  Ja

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Gicht
- Gefäßerkrankungen
- Allergien - wenn ja, welche?

.....

.....

Unverträglichkeiten Nein  Ja  - welche?

.....

.....

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehirn             | <input type="checkbox"/> Nervensystem     |
| <input type="checkbox"/> Lunge              | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Nieren             | <input type="checkbox"/> Blase            |
| <input type="checkbox"/> Leber              | <input type="checkbox"/> Gebärmutter      |
| <input type="checkbox"/> Galle              | <input type="checkbox"/> Herz             |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Schilddrüse      |

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen   
Stuhlgang

Leiden Sie häufig unter Durchfall  Verstopfung   
nervösen Magen  Blähungen

Leiden Sie unter Schlafstörungen  Konzentrationsschwäche   
Gereiztheit  Stimmungsschwankungen   
Unruhe  Arbeitsproblemen   
Angstgefühlen  Leistungsabfall   
Überforderung  Familienprobleme   
Stress  anderen Problemen

**Fragen an die Frauen**

Leiden Sie an Menstruationsbeschwerden? Nein  Ja  - welche?

.....

.....

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?    Nein     Ja  - In welchem Abstand?

.....  
.....

Nehmen Sie Hormone / Pille?    Nein     Ja  - Kurze Beschreibung:

.....  
.....

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?    Nein     Ja  - Wie war die Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangen- geburt, Steißlage, PDA?)  
Kurze Beschreibung:

.....  
.....

Anzahl Schwangerschaften .....

Anzahl Geburten .....

Gab es Komplikationen / Besonderheiten während der Schwangerschaft oder nach der Geburt ?    Nein     Ja  - Kurze Beschreibung:

.....  
.....  
.....

Leiden Sie unter Wechseljahr- beschwerden?    Nein     Ja  - Kurze Beschreibung:

.....  
.....

**Allgemeine Fragen zum Lebensstil**

- Essgewohnheiten     vegan     Allesesser  
 vegetarisch     überwiegend Fastfood  
 Diät (.....)

Trinkgewohnheiten Ich trinke ca. .... Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol? Nein  Ja  - Kurze Beschreibung wie oft:

.....  
.....

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten?

.....  
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein?

.....  
.....  
.....  
.....

Wurden Sie schon einmal operiert (welche OP und wann) ?

.....  
.....  
.....  
.....

Welche Narkose haben Sie erhalten?

- Vollnarkose
- Teilnarkose
- PDA (Rückennarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden?

.....  
.....  
.....  
.....

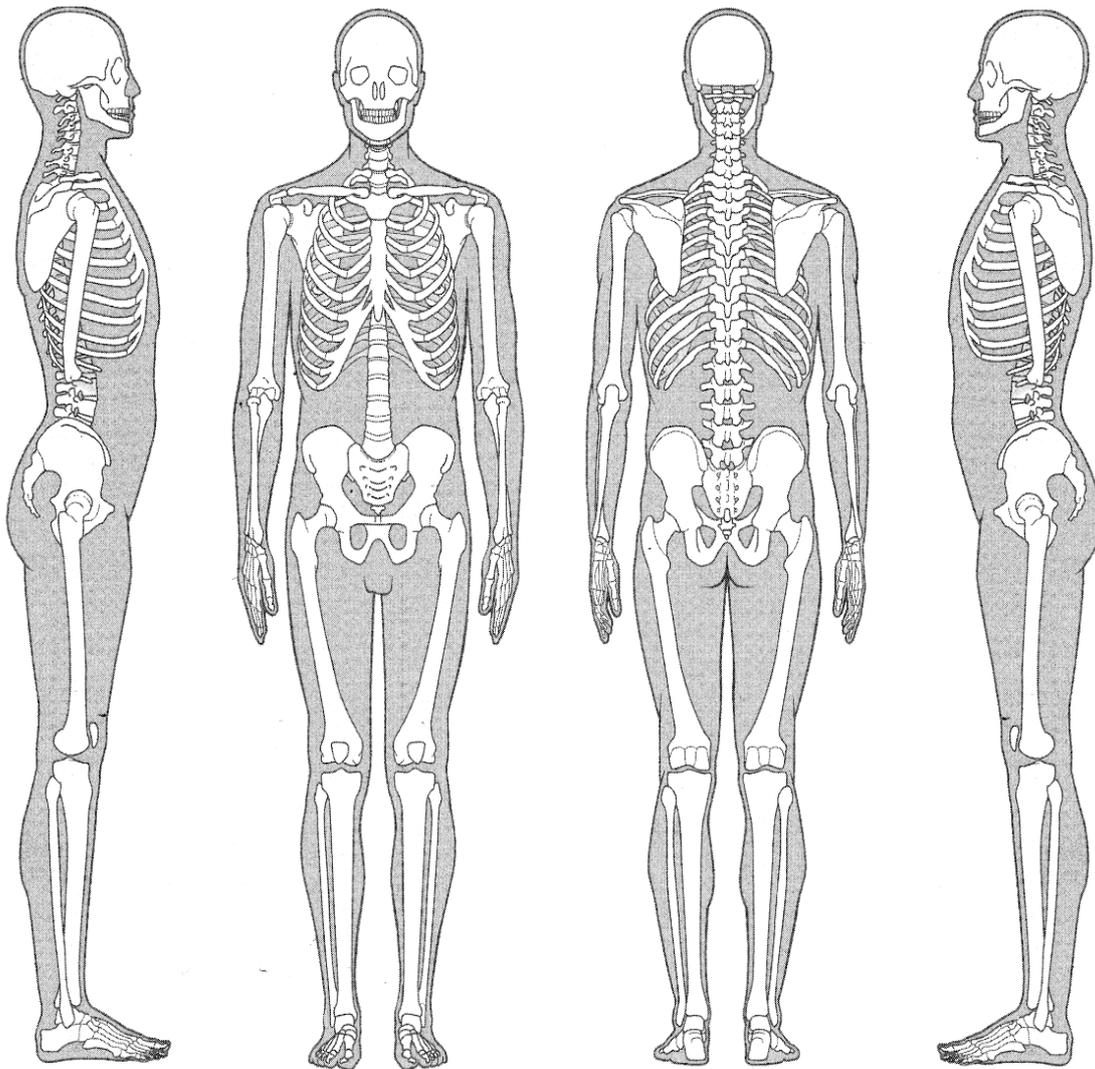
Welche Krankheiten / Unfälle / Stürze hatten Sie bisher?

.....  
.....  
.....  
.....

### Ihre aktuellen Beschwerden

Wo befinden sich die Schmerzen?

Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Beschreiben Sie ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark)

- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6  |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7  |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8  |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9  |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 |

Seit wann haben Sie die  
Beschwerden? .....

.....

Gab es vor dem ersten Auftreten der  
Beschwerden ein Ereignis?

(Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall,  
Medikamente etc.)? - Kurze Beschreibung:

.....

Kam es zu einer Veränderung der  
Schmerzen?

Nein  Ja  - Kurze Beschreibung:

.....

Wie oft haben Sie Schmerzen?

immer  wöchentlich  
 mehrmals am Tag  seltener

Wann treten die Schmerzen auf?

tagsüber  bei Belastung  
 nachts  beim Aufstehen  
 im Liegen  nach dem Essen  
 im Ruhezustand

Wodurch verschlimmern sich  
die Schmerzen?

(Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.)? -  
Kurze Beschreibung:

.....

Wodurch verbessern sich  
die Schmerzen?

.....

Beschreiben Sie bitte Ihr  
Schmerzempfinden?

(ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend,  
krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend,  
dumpf etc.)? - Kurze Beschreibung:

.....

Treten zu den Schmerzen weitere  
Symptome auf?

- Schwellungen
- Taubheitsgefühl
- Kribbeln
- Hautrötungen
- Blässe
- Seh- oder Hörstörungen
- Schweißbildung
  
- Schwindel
- Berührungsempfindlichkeit
- Muskelschwäche
- Bewegungseinschränkung
- Koordinationsstörungen
- Sonstiges - Kurze Beschreibung:

.....

.....

Wie wurden die Beschwerden bisher  
behandelt und mit welchem Erfolg?

.....

.....

.....

.....

Erfolgte eine schulmedizinische  
Abklärung / Diagnostik?

.....

.....

Andere (bislang nicht erfragte)  
Beschwerden

.....

.....

.....

.....