Osteo
& Physio
Praxis 111

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 bezahlen, denn Karten werden nicht akzeptiert. Eine Bezahlung über mein Smartphone ist auch nicht möglich. ✓

Praxis111 | Wittenberger Str.111 | 01277 Dresden | Tel. 0351 . 3157051 | Fax 0351 . 3157052 | info@praxis111.de

Osteo
& Physio
Praxis 111

Behandlungsvertrag Osteopathie

NUR FÜR Behandlung (Erwachsene) in RADEBEUL

zwischen
Praxis 111 Radebeul - Sylvia Mühlhans, **Augustusweg 98, 01445 Radebeul**
und

Namen des Patienten .....

Geburtsdatum .....

Name des Erziehungsberechtigten .....

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 und **ausschließlich in bar** zu bezahlen. 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.

3. Hinweise
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:

.....

Osteo & Physio Praxis 111

5. Terminabsagen und Ausfallhonorar

Ein vereinbarter Behandlungstermin wird in unserer Praxis verbindlich und exklusiv für den jeweiligen Patienten reserviert. Die für diesen Termin eingeplante Behandlungszeit kann daher nicht ohne Weiteres anderweitig vergeben werden.

Wir bitten Sie, einen vereinbarten Termin spätestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen, wenn Sie ihn nicht wahrnehmen können. Die Absage kann telefonisch oder in Textform erfolgen.

Kurzfristige Absage oder Nichterscheinen

Bei einer Absage innerhalb von 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin oder bei Nichterscheinen kann ein Ausfallhonorar in Höhe von 80,00 € berechnet werden, sofern der Termin aufgrund der Kurzfristigen Absage nicht anderweitig vergeben werden konnte.

Für diesen Fall vereinbaren wir gemäß 8& 615 BGB, dass ein Ausfallhonorar berechnet werden kann.
Die Zahlungspflicht besteht unabhängig davon, ob der Termin aus persönlichen Gründen nicht wahrgenommen werden konnte. Ein Verschulden ist hierfür nach 8615 BGB grundsätzlich nicht Voraussetzung.

Das Ausfallhonorar dient dem Ausgleich des durch den nicht wahrgenommenen Termin entstandenen Ausfalls.
Eine Berechnung erfolgt daher nur, wenn die für den Patienten reservierte Behandlungszeit tatsächlich nicht anderweitig genutzt oder vergeben werden konnte.

Dem Patienten bleibt der Nachweis vorbehalten, dass kein oder ein geringerer Ausfall entstanden ist.

Bei besonderen Umständen, insbesondere bei unvorhersehbaren Ereignissen oder nachweislich nicht zu vertretenden Hinderungsgründen, kann die Praxis den jeweiligen Einzelfall berücksichtigen.

Reguläres Behandlungshonorar: 100,00 €
Ausfallhonorar bei nicht rechtzeitiger Absage/Nichterscheinen: bis zu 80,00 €

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Regelung zu Terminabsagen und dem möglichen Ausfallhonorar informiert wurde.

.....
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.

Osteo & Physio Praxis 111

6. 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.

Praxis111 | Wittenberger Str.111 | 01277 Dresden | Tel. 0351 . 3157051 | Fax 0351 . 3157052 | info@praxis111.de

Osteo
& Physio
Praxis 111

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?

.....

.....

Praxis111 I Wittenberger Str.111 I 01277 Dresden I Tel. 0351 . 3157051 I Fax 0351 . 3157052 I info@praxis111.de

Osteo & Physio Praxis 111

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?

- ☐ Gehirn
- ☐ Lunge
- ☐ Nieren
- ☐ Leber
- ☐ Galle
- ☐ Bauchspeicheldrüse
- ☐ Nervensystem
- ☐ Magen-Darm-Trakt
- ☐ Blase
- ☐ Gebärmutter
- ☐ Herz
- ☐ Schilddrüse

Haben Sie Probleme beim

- ☐ Wasserlassen
- ☐ Stuhlgang

Leiden Sie häufig unter

- ☐ Durchfall
- ☐ nervösen Magen
- ☐ Verstopfung
- ☐ Blähungen

Leiden Sie unter

- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Gereiztheit
- ☐ Unruhe
- ☐ Angstgefühlen
- ☐ Überforderung
- ☐ Stress
- ☐ Konzentrationsschwäche
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ Arbeitsproblemen
- ☐ Leistungsabfall
- ☐ Familienprobleme
- ☐ anderen Problemen

Fragen an die Frauen

Leiden Sie an Menstruationsbeschwerden? Nein ☐ Ja ☐ - welche?

.....

.....

Praxis111 I Wittenberger Str.111 I 01277 Dresden I Tel. 0351 . 3157051 I Fax 0351 . 3157052 I info@praxis111.de

Osteo & Physio Praxis 111

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, Zangengeburt, 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 Wechseljahrbeschwerden? Nein ☐ Ja ☐ - Kurze Beschreibung:

.....

.....

Allgemeine Fragen zum Lebensstil

Essgewohnheiten

☐ vegan ☐ Allesesser
☐ vegetarisch ☐ überwiegend Fastfood
☐ Diät (.....)

Praxis111 I Wittenberger Str.111 I 01277 Dresden I Tel. 0351 . 3157051 I Fax 0351 . 3157052 I info@praxis111.de

Osteo & Physio Praxis 111

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?

.....

.....

.....

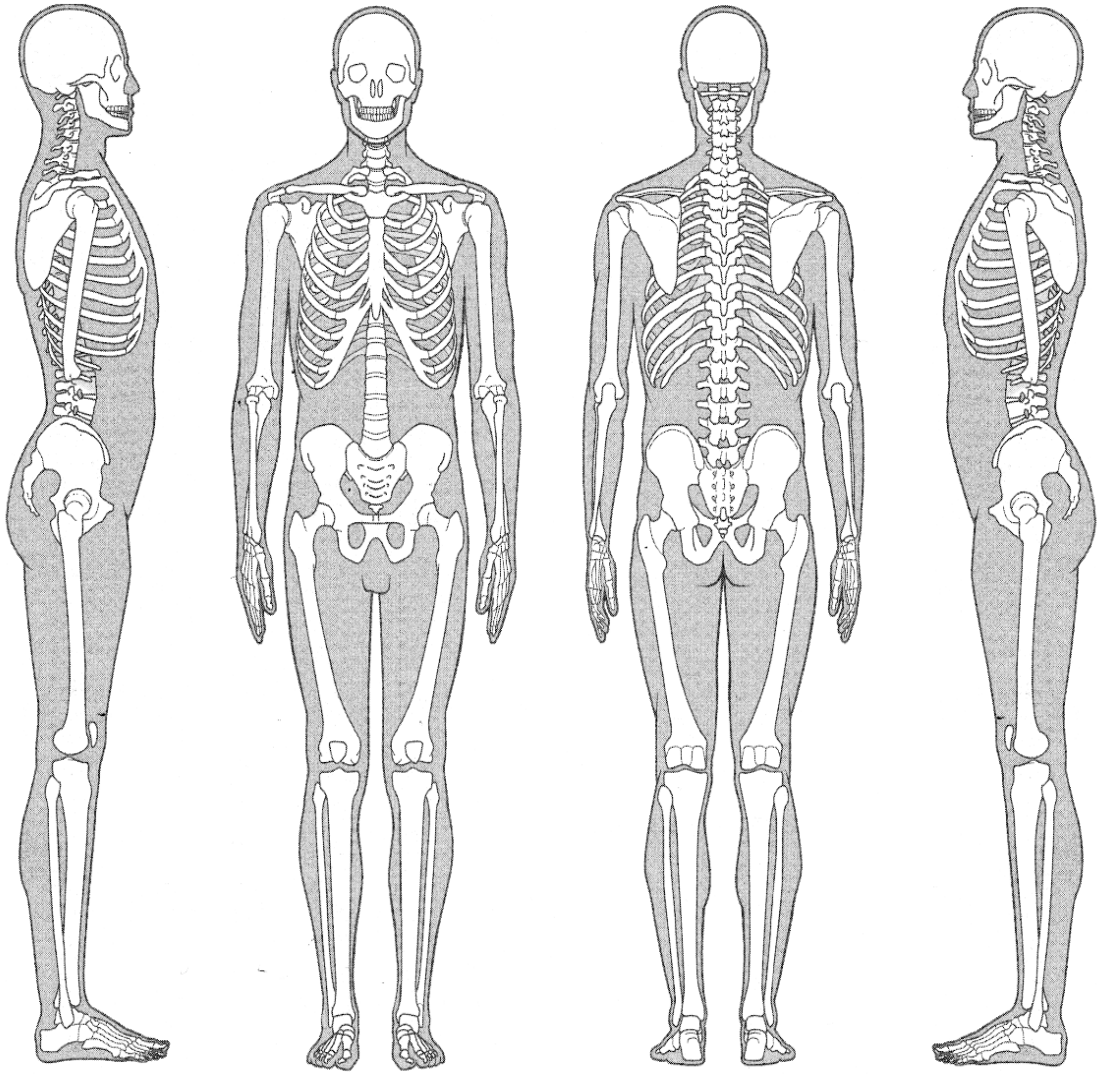
.....

Praxis111 | Wittenberger Str.111 | 01277 Dresden | Tel. 0351 . 3157051 | Fax 0351 . 3157052 | info@praxis111.de

Osteo
& Physio
Praxis 111

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 strak)

☐ 1	☐ 6
☐ 2	☐ 7
☐ 3	☐ 8
☐ 4	☐ 9
☐ 5	☐ 10

Praxis111 I Wittenberger Str.111 I 01277 Dresden I Tel. 0351 . 3157051 I Fax 0351 . 3157052 I info@praxis111.de

Osteo & Physio Praxis 111

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
☐ mehrmals am Tag
☐ wöchentlich
☐ seltener

Wann treten die Schmerzen auf?

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

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:

.....

.....

Praxis111 I Wittenberger Str.111 I 01277 Dresden I Tel. 0351 . 3157051 I Fax 0351 . 3157052 I info@praxis111.de

Osteo & Physio Praxis 111

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

.....

.....

.....

.....

Praxis111 I Wittenberger Str.111 I 01277 Dresden I Tel. 0351 . 3157051 I Fax 0351 . 3157052 I info@praxis111.de