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

Osteo & Physio Praxis 111

Behandlungsvertrag Osteopathie

NUR FÜR Behandlung (Säugling) 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:

.....

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

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.

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

Osteo & Physio Praxis 111

ANAMNESEBOGEN

für Säuglinge und Kleinkinder

Angaben zum Kind

aktuelles Alter .....

aktuelle Körpergröße in cm .....

aktuelles Körpergewicht in kg .....

Geschwister Nein ☐ Ja ☐ - Alter: .....

Grund / Anlass zur Vorstellung .....

.....

.....

.....

.....

.....

Entwicklung des Kindes

Verlauf der Schwangerschaft

Gab es emotionalen Stress? Nein ☐ Ja ☐

Stürze oder Unfälle? Nein ☐ Ja ☐

Übelkeit? Nein ☐ Ja ☐

Komplikationen? Nein ☐ Ja ☐ - kurze Beschreibung:

.....

.....

Erkrankungen? .....

Medikamente? .....

Information zur Geburt

Lage des Kopfes in der Austreibungsphase .....

.....

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

Osteo & Physio Praxis 111

Spontangeburt ☐

Kaiserschnitt ☐ geplant ☐ Notfall ☐

Einsatz einer Saugglocke ☐

Einsatz einer Geburtszange ☐

geboren in SSW in der ..... Woche

Wurde die Geburt eingeleitet? Nein ☐ Ja ☐ - welche Art (Wehenmittel etc.)?

.....

.....

Medikamente während des Geburtsvorgangs? Nein ☐ Ja ☐ - welche Art (PDC etc.)?

.....

.....

Körperhaltung während des Geburtsvorgangs? Hockend ☐ Liegend ☐ Andere Haltung ☐

.....

.....

Dauer der Geburt ca. ..... Stunden Anzahl der Presswehen: .....

Traten während der Geburt Komplikationen auf? Nein ☐ Ja ☐ - welche? Kurze Beschreibung:

.....

.....

Nach der Geburt

Das Kind hat nach der Geburt geschrien? Nein ☐ Ja ☐

Das Kind hat spontan die Brust gesucht? Nein ☐ Ja ☐

Fand Hautkontakt statt? Nein ☐ Ja ☐

Trennung von Mutter und Kind? Nein ☐ Ja ☐ - weil:

.....

.....

Verformung des Kopfes? Nein ☐ Ja ☐

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

Osteo & Physio Praxis 111

Die ersten Monate

Das Kind wurde gestillt? Nein ☐ Ja ☐ - ..... Monate

Gab es Probleme beim Stillen? Nein ☐ Ja ☐ - Beschreibung:

.....

.....

Gab es beim Kind eine Lieblingsseite beim Stillen? Nein ☐ Ja ☐ - welche:

.....

Flaschennahrung Nein ☐ Ja ☐ - ab dem ..... Monat

Zugefüttert ab dem ..... Monat

Dreimonatskoliken Nein ☐ Ja ☐

Verdauungsprobleme Nein ☐ Ja ☐ - Beschreibung:

.....

.....

Spuckkind Nein ☐ Ja ☐

Schreikind Nein ☐ Ja ☐

Schlafprobleme Nein ☐ Ja ☐ - Beschreibung:

.....

.....

Schläft in Rückenlage ☐ Seitenlage ☐ Bauchlage ☐

Akzeptiert tagsüber Rückenlage ☐ Bauchlage ☐

Altersgerechte Entwicklung

Hebt den Kopf in Bauchlage? Nein ☐ Ja ☐ - seit es ..... Monate alt ist

Dreht sich von Bauch- in Rückenlage und zurück? Nein ☐ Ja ☐ - seit es ..... Monate alt ist

Hält den Kopf selbst, wenn es zum Sitzen hochgezogen wird? Nein ☐ Ja ☐ - seit es ..... Monate alt ist

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

Osteo & Physio Praxis 111

Sitzt ohne Unterstützung? Nein ☐ Ja ☐ - seit es ..... Monate alt ist

Robbt und krabbelt? Nein ☐ Ja ☐ - seit es ..... Monate alt ist

Zieht sich an Möbeln hoch? Nein ☐ Ja ☐ - seit es ..... Monate alt ist

Sonstige Angaben

Gab es Erkrankungen? Nein ☐ Ja ☐ - Beschreibung / Alter:

.....

.....

Benötigt das Kind Medikamente? Nein ☐ Ja ☐ - welche?

.....

.....

Gab es Stürze oder Unfälle? Nein ☐ Ja ☐ - Beschreibung / Alter:

.....

.....

Wurde das Kind operiert? Nein ☐ Ja ☐ - Beschreibung / Alter:

.....

.....

Wurde das Kind geimpft? Nein ☐ Ja ☐

Gab es Impfreaktionen? Nein ☐ Ja ☐ - welche?

.....

.....

Sonstige Auffälligkeiten? (körperlich, emotional, Verhalten...)

.....

.....

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