



Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und nehmen sich genug Zeit. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum ersten Termin mit.

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Festnetz _____

Straße _____ Mobil _____

PLZ/Ort _____ Mail _____

Krankenkasse (& ggf. Zusatzvers. F. Heilprakt. _____
Bei Minderj.: Namen der **Erziehungsberechtigten** _____

Beruf, Familienstand, Kinder? _____

Haben Sie Gerinnungsstörungen? Ja Nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Herzschrittmacher)? Ja Nein

Leiden Sie unter Diabetes oder Gicht? Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? Ja Nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- od. Nierenerkrankung? Ja Nein

Leiden Sie unter Migräne? Ja Nein

Haben Sie epileptiforme Anfälle oder Krämpfe? Ja Nein

Haben Sie Asthma oder eine andere Atemwegserkrankung? Ja Nein

Haben Sie Allergien (wenn ja welche?) Ja Nein

Sind Sie schwanger? Wenn „ja“, in welcher Woche? Ja in Woche ____ Nein

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen? Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Nein

Wenn ja, welche? _____

aktuelles Körpergewicht _____ kg Körpergröße _____ cm

Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? (mit Jahresangabe) _____



Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

Sehr wenig belastbar

Sehr stark belastbar

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

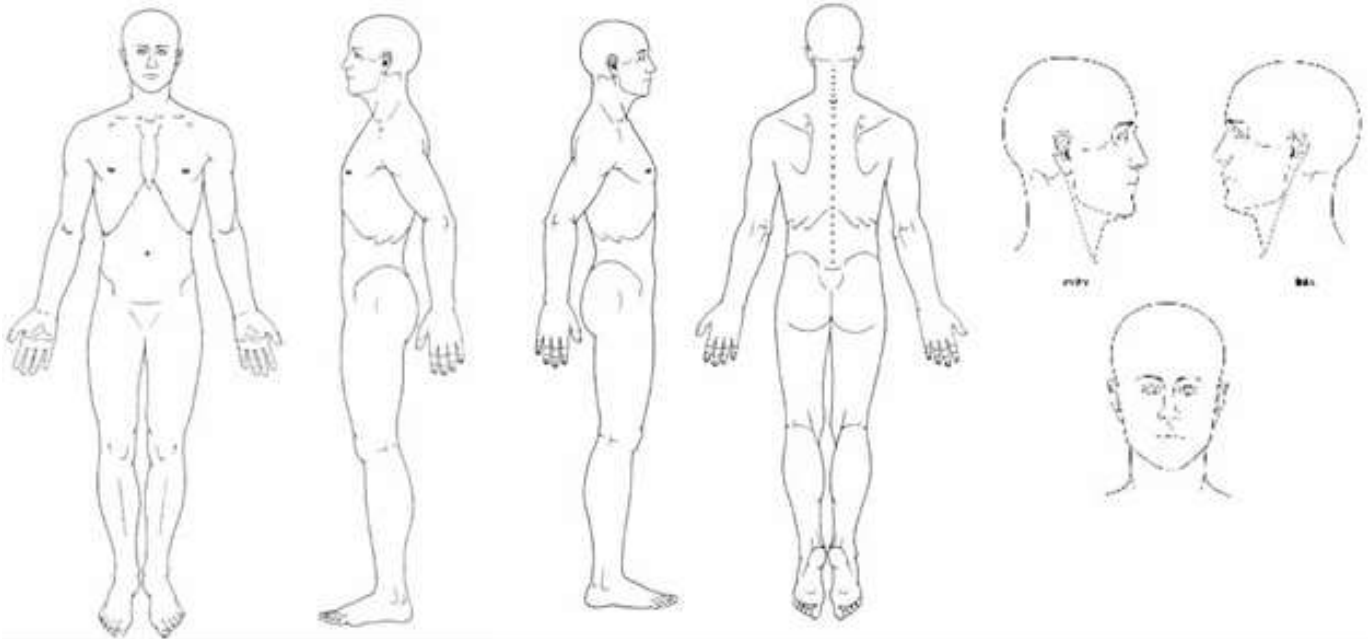
Wie viel Liter ____L und was trinken Sie pro Tag? _____

Schmerzen und Narben Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener
Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Bisherige Schmerzbehandlung _____

Bitte eintragen: Schmerzort rot, Ausstrahlung schraffiert oder orange, Narben grün Bitte tragen sie dazu die Intensität ein. Eine Zahl von 1 bis 10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der größtmögliche Schmerz ist.



Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit _____, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern den Schmerz? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges _____

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges _____



Gab es Auffälligkeiten bei Ihrer eigenen **Geburt**?

z.B. Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt, Blutgruppenunverträglichkeit, Frühgeburt, Brutkasten, Operationen, Atemnot, Sonstiges _____

Gab es Probleme in Ihrer **Kindheit**?

z.B. Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Gipsbett, viele Allergien oder häufige Infekte

Sonstiges _____

Welche **Erkrankungen** sind Ihnen in Ihrer **Familie** bekannt? Nur Eltern und Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rhema, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, usw.

Welche **Infektionskrankheiten** haben Sie durchgemacht?

HIV, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tripper, Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose, Hepatitis A / B / C

Welche **schweren Erkrankungen und Traumata** (z.B. Unfall, Knochenbruch, Gehirnerschütterung, Schock) haben sie durchgemacht? (bitte mit Jahresangabe)

Augen Tragen Sie eine Brille/Linsen? Wenn ja: Kurzsichtig / Weitsichtig

Bindehautentzündung, Grauer Star, Makuladegeneration, erhöhter Augendruck...

Ohren Tinnitus re / li seit _____ Schwerhörigkeit re / li seit _____ Hörgerät re / li

Mund / Zähne Haben Sie Zahnersatz? Wenn ja: wo?

Haben / hatten Sie Wurzelbehandlungen? Wenn ja: Wo?

Haben Sie Kiefergelenksproblem? Wenn ja, wo und welche?

Rücken eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma, Operationen, Beschwerden _____

Arme Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände, _____

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Einlagen oder orthopädische Schuhe _____

Nase chron. Nebenhöhlen- oder Mandelentzündungen, behinderte Nasenatmung, OP?

Herz Bluthochdruck, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Schrittmacher etc.

Niere/Blase Steine, Kolik, Fehlbildungen, Blasenentzündungen, Nierenbeckenentzündungen, Inkontinenz, Beschwerden beim Wasserlassen, Restharn, „Tröpfeln“, etc.

Lunge Bronchitis, häufig Husten, COPD, Asthma, Rauchen, wenn ja wie viel _____

Leber Entzündung, Hepatitis, Vergrößerung, Zirrhose, Tumore

Wie häufig trinken sie pro Woche Alkohol? Nie 0-1 1-2x 3-4x 5-6x täglich



Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit,

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation, Sodbrennen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blut, Blinddarmoperation, häufige Verstopfung o Durchfall

Gynäkologie Anzahl Schwangerschaften___ Anzahl Geburten___ Krankheiten_____
Regelschmerzen, Wechseljahrsbeschwerden, Hormonelle Verhütungsmittel, Spirale

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen, Dauer ca. _____Std

Möchten sie weitere Angaben machen, die bisher nicht abgefragt wurden?

Bitte bringen sie weitere relevante Befunde zum Termin mit Arztbriefe, Befunden, Röntgenbilder, weitere Aufnahmen (bei MRT oder CT Aufnahmen genügt der Bericht, gerne in Kopie)

Ich habe die Fragen zur Vorgeschichte vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet:

Datum: _____ **Unterschrift** (ggf. Sorgeberechtigte) _____



BEHANDLUNGSVERTRAG

Zwischen Heide Osteopathie – Angelina Böttcher und dem auf Seite 1 benannten Patienten bzw. bei Minderjährigen dessen Sorgeberechtigten.

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 50 – 110€ vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

III. Hinweise

Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist. Der Patient ist daher verpflichtet Termine pünktlich einzuhalten und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen (auf Anrufbeantworter oder unter info@heide-osteopathie.de), damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von 75€ an.

Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt bei Privatversicherten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.

Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen sowie die freiwilligen Zuschüsse durch die gesetzlichen Krankenkassen 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.

Datum: _____ **Unterschrift** (ggf. Sorgeberechtigte) _____

DATENSCHUTZ

Hiermit erkläre ich, _____ (Patient) mich damit einverstanden, dass die Praxis Heide-Osteopathie, vertreten durch den Praxisinhaber Angelina Böttcher,

- die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Diagnostik und osteopathischen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 b DS-GVO) verarbeitet und speichert und
- diese Daten auch den in der Praxis angestellten Personen, die mit der Behandlung oder Abrechnung der osteopathischen Leistungen betraut sind, zur Kenntnis geben wird, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) speichert.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist auch bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft über die über mich verarbeitenden Daten habe, ein Recht auf Berichtigung und Löschung der Daten soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiter habe ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, Hannover) und kann die Übersendung der mich betreffenden, von mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen. Eine Kopie dieses Hinweises habe ich erhalten.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____



PATIENTENAUFKLÄRUNG

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seine Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht. Anwendung sind Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Funktionsstörungen der inneren Organe, Funktionsstörungen des Nervensystems, Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems

Gegenanzeigen/Kontraindikationen: Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie ist als **Primärbehandlung kontraindiziert** bei: Aneurysmen, Akuten Entzündungen, Infektionserkrankungen, Brüchen, Fieberhaften Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Bluterkrankheit, Durchblutungsstörungen des Gehirns, spontanen Hämatombildungen, Thrombosen, Schwerem Krankheitsgefühl, akuten Herz – Kreislaufbeschwerden. *Bitte wenden sie sich diesen Fällen zuerst an ihren Arzt!*

Risiken der Behandlung sind: Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörungen, Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung, Muskelkaterähnliche Schmerzen

Risiken der Wirbelsäulenbehandlung: Gelegentlich leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut. In sehr seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1. 2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechen Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Individuelle Risikofaktoren des Patienten: (vom Therapeuten auszufüllen)

Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Sollte ich weitere Fragen haben, wende ich mich jederzeit an die Therapeutin

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 verzichte auf die Information und Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung durch Osteopathie.

Name des Patienten (ggf. Sorgeberechtigte): _____

Datum: _____ **Unterschrift** (ggf. Sorgeberechtigte) _____