



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.) _____

Namen der
Erziehungsberechtigten _____

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen, das U-Heft (gelbes Heft) zur ersten Behandlung mit!

Bestehen gesundheitliche Vorerkrankungen oder Operationen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Bekommt Ihr Kind regelmäßige Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Gibt es bekannte Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind jemals einen Fieberkrampf oder andere Anfälle? Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter Atemwegserkrankungen? Z.B. Asthma Ja Nein

Gibt es bei Ihrem Kind Entwicklungsprobleme? Ja Nein
Wenn ja, in welchen Bereichen? _____

Aktuelles Körpergewicht ca. _____ kg Aktuelle Körpergröße ca. _____ cm (Datum _____)

Gibt es bestimmte Diäten oder Ernährungsrichtlinien? _____

Mit wie viel Monaten konnte ihr Kind: krabbeln _____ / frei Gehen _____ / 2-Wort Sätze bilden _____ / war es trocken _____

Schildern sie Kurz den **Grund** für die osteopathische Behandlung:

Schwangerschaft und Geburt

Gab es **Besonderheiten** während der **Schwangerschaft**?

(z.B. Medikamenteneinnahme, Blutungen, Auffälligkeiten im Ultraschall, Liegezeiten, Eingriffe, Blutungen, Unfälle, Infekte (Mutter / Kind), besonderen Stress der Mutter, emotionale Krise der Mutter ...)

Wie war die **Geburt**? (Zangengeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, medikamentöse Einleitung, PDA, Kristeller, Schmerzmedikamente, sonstige Probleme)



Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

(Diese Angaben finden sie im Mutterpass und im U-Heft)

Geburtsmodus _____ und Geburtslage _____

Schwangerschaftswoche _____ SSW Geburtsgewicht _____ g Größe _____ cm

Kopfumfang _____ PH-Wert der Nabelarterie _____ APGAR ____ / ____ / ____

Wievielte Schwangerschaft _____ Wievielte Geburt _____ gestillt ja / nein

wie lange gestillt: ____ Monate Zeugungshilfe: Keine, Insemination, Hormongaben, IVF, ICSI

Geschwister (gerne Name & Alter) _____

Welche **Erkrankungen** sind Ihnen in Ihrer **Familie** bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister des Kindes)
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** hat ihr Kind durchgemacht? (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten,
Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, usw.)

Gab es größere **Infekte**? z.B. Bronchitis, Nebenhöhlenentzündungen, Mittelohrentzündung,
Mandelentzündung, Blasenentzündung (wie häufig?)

Gab es Reaktionen auf **Impfungen**? (z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit,
Verhaltensveränderungen, weitere?)

Wie **schläft** ihr Kind? (z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen
im Schlaf, Nachtschweiß, Zähneknirschen)

Welche **Einschlafhilfen** hat es (z.B. Tragen, Daumenlutschen, Schnuller, Fläschchen, Kontakt, etc.)
Schlafenzeiten (von – bis) ca. _____

Wie häufig hat ihr Kind **Stuhlgang** _____ - _____ x Tag oder _____ - _____ x Woche
Hat ihr Kind Probleme beim Stuhlgang? (z.B. Schmerzen, Angst, harter Stuhl, häufiger Durchfall,
Inkontinenz, etc.)

Gibt es Probleme mit der **Harnblase**? (z.B. häufige Harnwegsinfekte, auffällig häufiger Harndrang,
obwohl trocken einnässen bei Stress, in der Nacht, am Tage, auffälliges Trinkverhalten, etc.)

Augen Bindehautentzündung, Fehlbildungen, Schielen, dauerhaft trüübende Augen, etc.

Trägt Ihr kind eine Brille? Wenn ja, welche Stärke re. _____ li. _____

Zähnen Zahnsperange, auffällig starke Schmerzen beim Zahnen, Zusätzliche Zähne, Fehlende
Zahnanlagen, viel Karies, Wurzelentzündungen, etc.)

Gibt es Probleme an den **Organen**? (z.B. Fehlbildungen, Herzfehler, Funktionsprobleme?)

Welche genau?

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



Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

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)

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 – max. 100€ 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** der Sorgeberechtigten _____

DATENSCHUTZ

Hiermit erkläre ich, _____ (Patient) Vertreten durch die Sorgeberechtigten (s.o.) 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 gegeben 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



Anamnese, Aufklärung & Behandlungsvertrag

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.

Besonderheiten der **Kinderosteopathie**: Aufgrund des weichen und sensiblen Gewebes kommen hier nur die sanftesten osteopathischen Techniken zum Einsatz. In der Regel entspannen die Kinder während der Behandlung.

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. Bei Babys in der Regel Müdigkeit oder Unruhe. **Risiken der Wirbelsäulenbehandlung**: Die manipulativen Techniken kommen bei Säuglingen nicht zum Einsatz, und bei älteren Kindern nur sehr selten. In diesen Fällen wird es vorher besprochen. Gelegentlich treten leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut. In 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.

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.

Datum: _____ **Unterschrift** der Sorgeberechtigten _____

Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch& Individuelle Risikofaktoren des Patienten