



Still-Point Sven Wegener, 32584 Löhne, Friedrichstr. 20a

Anmeldung und Vereinbarung

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Postleitzahl: _____ Geburtsdatum: _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____ e-mail: _____

Sind Sie privat oder privat zusatzversichert* ja nein

Beihilfeberechtigt: ja nein

Ich möchte mich zu folgenden Therapien anmelden:

Bitte kontaktieren Sie mich:

- | | |
|---|----------------|
| • Osteopathische Erstbehandlung / Befundaufnahme ca. 50 min | 69,00 € |
| • Folgebehandlungen ca. 25 min | 34,50 € |
| • Folgebehandlungen ca. 50 min | 69,00 € |

Der Patient ist Rechnungsempfänger und als Privatpatient / Privatversicherter zur Vorleistung verpflichtet. Diese Honorarsätze werden anerkannt, auch dann, wenn die Erstattungsstelle diese nicht oder nur teilweise erstattet. **Das Honorar ist direkt nach der jeweiligen Behandlung zu entrichten.**

Kann ein Behandlungstermin nicht wahrgenommen werden, so ist der Patient/ die Patientin verpflichtet, dies spätestens 24 Stunden vor dem jeweiligen Termin mitzuteilen. Unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine können Ihnen privat in Rechnung gestellt werden:

Der aktuelle Satz hierfür beträgt **69,00 €** bei Befundaufnahme und den Folgebehandlungen

Ersatzansprüche gegen den Behandler aufgrund einer fehlerhaften Behandlung sind auf den Höchstbetrag der Haftpflichtversicherung des Behandlers beschränkt.

Datum

Unterschrift Patient/in
(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte/Versicherte)

* (zur Abrechnung von Heilpraktikerleistungen)

Fragebogen



Still-Point Sven Wegener, 32584 Löhne, Friedrichstr. 20a

Name: _____ Vorname: _____
Beruf: _____

Sehr geehrter Patient/-in,
bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus. Auch Angaben von Ereignissen, die schon viele Jahre zurückliegen, können wichtig sein. Bringen sie den Anamnesebogen bitte zur **ersten Behandlung** mit. Auch Röntgenbilder oder andere ärztliche Befunde, die jünger als 3 Jahre sind, können Sie mitbringen.

Ihre Schmerzen/Beschwerden in eigenen kurzen Worten :

1. **Die Schmerzen sind [] akut oder [] chronisch?**

2. **Wo sind die Schmerzen?**

3. **Wann treten die Beschwerden am stärksten auf?**
Morgens [] tagsüber [] abends [] nachts [] nach Belastung [] in Ruhe [] permanent []

4. **Woher rühren die Schmerzen Ihrer Meinung nach?**

5. **Wodurch verstärken sich die Schmerzen?**

6. **Was tut Ihnen gut? Wodurch verbessern sich die Schmerzen?**

7. **Hatten Sie Unfälle oder Verletzungen (auch früher)?**

8. **Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?**

Facharzt	Ja []	Nein []	
Röntgen/CT/MRT	Ja []	Nein []	
Ultraschall	Ja []	Nein []	



Still-Point Sven Wegener, 32584 Löhne, Friedrichstr. 20a

Sonstige (z.B. Blut?)	Ja []	Nein []
-----------------------	--------	----------

9. **Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?**

10. **Bekamen Sie schon Physiotherapie/Krankengymnastik oder andere Therapien?** Ja [] nein []
Was genau wurde gemacht?

11. **Wurden bisher Operationen durchgeführt und wenn ja, welche?**

12. **Gibt es bei Ihnen folgende Erkrankungen/Beschwerden?**

- Herzkreislauf ?
- Blutdruck ?
- Puls ?
- Können Sie alles Essen/Trinken?
- Was machen Magen und Verdauungstrakt?
- Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?
- Gibt es Probleme beim Wasserlassen? Wie oft? Nachts?
- Allergien?
- Sonstige?

13. **Haben Sie Narben? Sind diese empfindlich oder taub?**

14. **Gibt es psychologische Probleme?**

15. **Haben Sie Kinder?**

Ja [] nein [] wenn ja, wie viele? []

War(en) die Geburt(en) normal [] oder erschwert: a) Episiotomie ? []
b) Kaiserschnitt/Sectio)? []
c) Saugglocke? []



Still-Point Sven Wegener, 32584 Löhne, Friedrichstr. 20a

15. **Gab es Probleme während der Schwangerschaft?**

Haben wir irgendetwas vergessen zu fragen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!