

Anmeldung und Vereinbarung

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Postleitzahl: _____ Geburtsdatum: _____

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

Sind Sie privat oder privat zusatzversichert* O ja O nein

Beihilfeberechtigt: O ja O nein

Ich möchte mich zu folgenden Therapien anmelden:

Bitte kontaktieren Sie mich:

- | | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Osteopathische Erstbehandlung / Befundaufnahme ca. 50 min | 75,00 € |
| <input type="checkbox"/> Folgebehandlungen ca. 25 min | 37,50 € |
| <input type="checkbox"/> Folgebehandlungen ca. 50 min | 75,00 € |

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.**

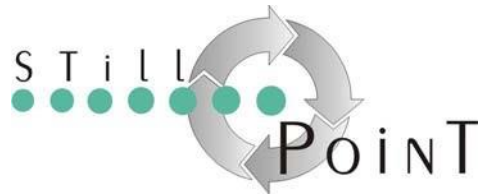
Kann ein Behandlungstermin nicht wahrgenommen werden, so ist der Patient/ die Patientin verpflichtet, dies spätestens 24 Stunden vor dem jeweiligen Termin mitzuteilen. Unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine können Ihnen privat in Rechnung gestellt werden:

Der aktuelle Satz hierfür beträgt **75,00 €** 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**

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

9. Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

10. Bekamen Sie schon Physiotheapie/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?

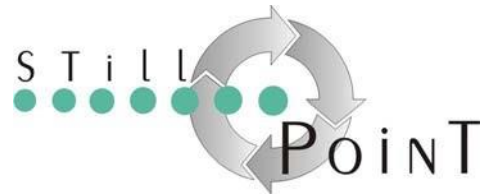
- Herzkreislauf ?

- 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?

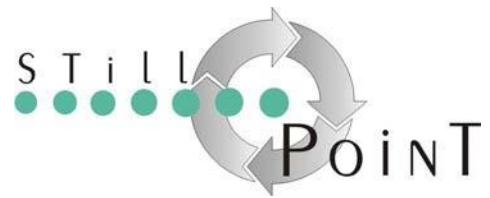
15. Haben Sie Kinder?

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!