

# Behandlungsvertrag osteopathische Behandlung



Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

Geburtstag:

E-Mail:

Telefon / Handy:

gesetzlich versichert  privat versichert  Beihilfeberechtigt  Selbstzahler

## **Terminabsage / Ausfalltermin / Ausfallrechnung / Bereitstellungshonorar**

Im Unterschied zu einer ärztlichen Praxis vergebe ich feste Termine und halte die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reserviert. Sie haben somit mit mir mit der Terminvergabe eine verbindliche Vereinbarung getroffen.

Sollten Sie Ihren Termin daher einmal nicht wahrnehmen können, sagen Sie mir umgehend Bescheid. Eine Nichtwahrgenommene und Nichtabgesagte Behandlungszeit wird Ihnen daher in Form eines Bereitstellungshonorars in Rechnung gestellt.

Absagen können Sie schriftlich via E-Mail [osteopathie-kleinehaende@gmx.de](mailto:osteopathie-kleinehaende@gmx.de) oder unter 0176 – 57984909 per Whatsapp. Bitte sehen Sie von Anrufen ab, da diese nicht nachgewiesen werden können oder aufgrund von Behandlungszeiten nicht entgegengenommen werden können.

## **Privatversicherung / Beihilfe**

Sollten Sie privat versichert sein, gelten die Honorarsätze nach der Heilmittelverordnung als vereinbart und sind durch Sie zu begleichen, unabhängig davon, ob Ihre Versicherung oder Beihilfe den Rechnungsbetrag nur teilweise oder gar nicht erstattet.

Erkundigen Sie sich daher im Zweifel vor Behandlungsbeginn bei Ihrer Krankenkasse.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Osteopathie kleine Hände  
[Osteopathie-kleinehaende@gmx.de](mailto:Osteopathie-kleinehaende@gmx.de)  
0176 - 57984909  
[www.osteopathie-kleinehaende.de](http://www.osteopathie-kleinehaende.de)  
Kaiserstraße 26in 47918 Tönisvorst



# Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich, da dies für die osteopathische Erstbehandlung sehr wichtig ist. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht. Nach der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht wird der Anamnesebogen vernichtet.



Bitte senden Sie mir den Anamnesebogen vor Ihrer Erstbehandlung an [osteopathie-kleineHaende@gmx.de](mailto:osteopathie-kleineHaende@gmx.de) oder bringen diesen in ausgedruckter Form mit.

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____._____._____	
Straße: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon / Mobil: _____	
E-Mail: _____@_____	
Beruf: _____	Hobbys/Sport: _____
Hausarzt / Facharzt: _____	

## Konsultationsgrund

Welche Beschwerde(n) hat ihr Kind? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Gibt es Ihrer Meinung nach einen Auslöser bzw. eine Ursache für Ihre Beschwerde(n)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind bereits Voruntersuchungen gelaufen? (falls vorhanden, MRT, CT, Röntgen, Labor, Arztbericht, etc. mitbringen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Leidet ihr Kind zurzeit unter  Nachtschweiß  Fieber  Müdigkeit  
 ungewolltem Gewichtsverlust

Wodurch werden die Beschwerden beeinflusst?

	verschlimmert sich	verbessert sich
Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vorerkrankungen

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja

\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

Welche Diagnosen wurden bisher gestellt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurden Operationen durchgeführt? Bitte alle aufführen.

\_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

## Motorische Entwicklung

Bitte kreuzen sie an welche motorischen Entwicklungsschritte ihr Kind schon gemeistert hat:

Kopfkontrolle  Robben  Krabbeln   
Sitzen  Stehen  Laufen   
Treppe steigen



## Nahrungsaufnahme

Wie ernährt sich das Kind?

Stillen

Flaschennahrung

Brei

feste Kost

Gibt es Auffälligkeiten?

---

---

Spricht ihr Kind schon? Wenn ja, gibt es Auffälligkeiten?

---

---

## Vegetatives System:

Wie schläft ihr Kind?

---

---

Hat ihr Kind Probleme mit der Verdauung? Geht es schon auf Toilette?

---

---

Wie würden sie den Charakter des Kindes beschreiben?

---

---

Kann sich ihr Kind gut konzentrieren?

---

---

Wie Spielt ihr Kind am liebsten? Gibt es etwas was es gar nicht mag?

---

---



Leidet ihr Kind häufiger unter:

Kopfschmerzen

Bauchschmerzen

Übelkeit

Weinerlichem Verhalten

Blauen Flecken

## Patientenaufklärung

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die zu behandelnde Person wird in seiner Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit Händen. Es können Funktionsstörungen des Nervensystems, des cranio-sacrale Systems und des Vizerums behandelt werden.

**Kontraindikation:** Verdachtsdiagnosen, wie z.B. Bandscheibenvorfälle, die mir eine Behandlung untersagen, werden von mir nicht behandelt. Eine weitere wichtige unsichere bzw. ungeklärte Diagnose. Vor der Behandlung muss daher zwingend eine entsprechende Abklärung erfolgen (Facharztbesuch oder bildgebendes Verfahren), damit es in der Behandlung nicht zu vermeidbaren Behandlungsverzögerungen oder gesundheitlichen Verschlechterung oder gar Behandlungsfehlern kommt.

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung kontraindiziert beifolgenden Behandlungen:

Aneurysmen, akuter Entzündung, Infektionskrankheiten, Knochenbrüche, fieberhafter Erkrankung, Tumorerkrankung, Bluterkrankheit, Durchblutungsstörung des Gehirns, spontaner Hämatombildung, Thrombose, schweres Krankheitsgefühl oder akuter Herz-Kreislaufbeschwerden.

### **! Wenden Sie sich in diesen Fällen zuerst an Ihren Hausarzt !**

**Risiken der Behandlung:** Nach der Behandlung kann es zu einem Gefühl von Schwindel oder Müdigkeit, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörung, muskelarterähnlichem Schmerz, kurzfristiger Symptomverschlimmerung oder Akutwerden einer chronischen Entzündung kommen.

Sollte dies ein gewissen Maß überschreiten, nehmen Sie mit mir oder Ihrem behandelnden Arzt Kontakt auf oder suchen die nächstgelegene Notaufnahme auf.

Ich erkläre hiermit, über die osteopathische Behandlung aufgeklärt worden zu sein. Bei Fragen wenden Sie sich an die behandelnde Therapeutin.

Tönisvorst, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_



