

Datenschutz + Behandlungsvertrag + Anamnesebogen

Name, Vorname: _____
(Patient*in und Erziehungsberechtigter)

Geburtstag: _____ Alter: _____

Adresse: _____

Tel./Mobil: _____

E-Mail: _____

Versicherung: (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

Privatversichert:	☐	gesetzliche Versicherung:	☐
Beihilfeversicherung:	☐	Zusatzversicherung:	☐

Hiermit stimme ich dem Datenschutz (Seite 1 - 2) und einer Behandlung gemäß des Behandlungsvertrags (Seite 2) zu.

Auch bestätige ich die wahrheitsgemäßen Angaben im Anamnesebogen (Seite 3 - 9) mit meiner Unterschrift.

Datum, Ort, Unterschrift: (Patient o. Erziehungsberechtigter)

Datenschutz

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

Hiermit erkläre ich, gegenüber der

Praxis Rihawi für Osteopathie und Kinderosteopathie
Achmed Rihawi

Kanalstraße 17
95444 Bayreuth,

Tel: 0921 3392 3398
Handy: 0176 65 000 216

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten kann, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags
- E-Mail-Benachrichtigung für meine Termininformationen.

Ich möchte keine Benachrichtigung per E-Mail für meine Termine.

☐

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Behandlungsvertrag

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand des Vertrages ist die Behandlung des Patienten (Osteopathie, ...).

II. Honorar

Das Honorar einer Behandlung wird in der Preisliste der Praxis Rihawi vereinbart. Diese finden Sie in der Praxis Rihawi ausliegen. Die Dauer einer Behandlung richtet sich nach der Art und Weise der Behandlung und ist der Preisliste zu entnehmen. Als Behandlung zählt unter anderem auch das Anamnesegespräch mit dem Patienten. Das Honorar ist unmittelbar fällig und ist im Falle einer Rechnung innerhalb 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist.

Patienten sind daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten. Falls nötig, müssen Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher, abgesagt werden, damit die reservierte Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Für nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine, fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von 70% des Behandlungspreises an, wobei dem Patienten der Nachweis vorbehalten bleibt, dass der Praxis kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

IV. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt bei privat Zahlenden, Privatversicherten oder Beihilfepatienten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH), sofern nicht anders besprochen. Gesetzlich versicherte Patienten werden über ein Privatrezept für Osteopathie abgerechnet, sofern dieses beigebracht werden kann.

Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen oder Beihilfeversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Auch die Erstattung über gesetzliche Krankenkassen unterscheidet sich. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patient und dem / der behandelnden Therapeut / -in und zwar unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung, unabhängig davon, ob eine Erstattung erfolgt.

Anamnesebogen:

aktuelle Körpergröße:		aktuelles Gewicht:	
------------------------------	--	---------------------------	--

Haben oder hatten Sie organische Erkrankungen?	Ja	Nein
Herz / Herzkreislaufsystem	☐	☐
Lunge	☐	☐
Magen-Darm-Trakt	☐	☐
Leber / Gallenblase	☐	☐
Nieren / Blase	☐	☐
Schilddrüse	☐	☐
Bauchspeicheldrüse	☐	☐
Andere:	☐	☐

Haben oder hatten Sie neurologische Erkrankungen?	Ja	Nein
Schlaganfall	☐	☐
Hirnhautentzündungen	☐	☐
Multiple Sklerose	☐	☐
M. Parkinson	☐	☐
Nervenentzündungen	☐	☐
Taubheits- / Kribbelgefühl	☐	☐
Andere:	☐	☐

Leiden Sie unter:	Ja	Nein		Ja	Nein
Halswirbelsäulenbeschwerden	☐	☐	Brustwirbelsäulenbeschwerden	☐	☐
Lendenwirbelsäulenbeschwerden	☐	☐	Beckenbeschwerden	☐	☐
Schulterbeschwerden	☐	☐	Hüftbeschwerden	☐	☐
Ellenbogenbeschwerden	☐	☐	Kniebeschwerden	☐	☐
Handgelenksbeschwerden	☐	☐	Fußbeschwerden	☐	☐

Leiden Sie unter:	Ja	Nein		Ja	Nein
Stress	☐	☐	Überforderung	☐	☐
Unruhe	☐	☐	Angstgefühle	☐	☐
Gereiztheit	☐	☐	Stimmungsschwankungen	☐	☐
Schlafstörungen	☐	☐	Konzentrationschwäche	☐	☐
Leistungsabfall	☐	☐			
Andere:				☐	☐

Haben Sie folgende Erkrankungen?	Ja	Nein
Diabetes	☐	☐
hormonelle Krankheiten (Schilddrüse, ...)	☐	☐
Gicht	☐	☐
Osteoporose	☐	☐
Gefäßerkrankungen (Thrombose, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, ...)	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐
Blutniederdruck	☐	☐
Andere:	☐	☐

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?	Ja	Nein
Lebensmittel	☐	☐
Medikamente	☐	☐
Latex	☐	☐
Pollen / Gräser	☐	☐
Hausstaubmilben	☐	☐
Schimmelpilz	☐	☐
Tiere	☐	☐
Andere:	☐	☐

Bitte beantworten Sie folgende Fragen. Falls „Ja“, nennen Sie diese.	Ja	Nein
Hatten Sie bereits schwere Erkrankungen in Ihrem Leben?	☐	☐
Haben Sie regelmäßige Infekte oder Erkrankungen?	☐	☐
Treten in Ihrer Familie wiederkehrende Erkrankungen oder Erbkrankheiten auf?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel oder andere Substanzen ein?	☐	☐
Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden? (Blähungen, Verstopfung, Durchfall, ...)	☐	☐
Wurden Sie bereits operiert? Falls „Ja“, nennen Sie die OP und wann diese geschah.	☐	☐
Gibt es weitere Themen, die Sie körperlich oder mental belasten?	☐	☐

Fragen an Frauen:	Ja	Nein
Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?	☐	☐
Haben Sie unregelmäßige Monatsblutungen?	☐	☐
Haben Sie zu schwache Monatsblutungen?	☐	☐
Haben Sie zu starke Monatsblutungen?	☐	☐
Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?	☐	☐
Sind Sie derzeit Schwanger?	☐	☐
Waren Sie schon einmal Schwanger?	☐	☐
Hatten Sie eine vaginale Geburt?	☐	☐
Hatten Sie einen geplanten Kaiserschnitt?	☐	☐
Hatten Sie einen ungeplanten Kaiserschnitt?	☐	☐
Hatten Sie einen Notkaiserschnitt?	☐	☐
Hatten Sie einen Dammriss?	☐	☐
Hatten Sie einen Dammschnitt?	☐	☐
Wie viele Schwangerschaften waren es und gab es Beschwerden?		

Den Grund der Behandlung und die bestehenden Beschwerden, werden in der Behandlung persönlich mit Ihnen genauer besprochen.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Anamnesebogen für Kinder und Babys:

Schwangerschaftswoche der Entbindung:	
Größe bei der Geburt:	
Gewicht bei der Geburt:	
Kopfumfang bei Geburt:	
APGAR - Wert:	
Geburtslage Ihres Kindes:	
Dauer Ihres Krankenhausaufenthaltes:	
Dauer der Geburt ab Muttermundöffnung:	

Fragen über den Schwangerschaftsverlauf:	Ja	Nein
Gab es Stresssituationen oder psychoemotionale Belastungen?	☐	☐
Hatten Sie Erkrankungen oder Infekte?	☐	☐
Bestand während der Schwangerschaft Übelkeit?	☐	☐
Hatten Sie sich regelmäßig erbrochen?	☐	☐
Hatten Sie das HELLP-Syndrom?	☐	☐
Hatten Sie Präeklampsie?	☐	☐
Hatten Sie Eklampsie?	☐	☐
Hatten Sie Schwangerschaftsdiabetes?	☐	☐
Hatten Sie schwangerschaftsbedingten Bluthochdruck?	☐	☐
Hatten Sie das Vena cava-Syndrom?	☐	☐
Hatten Sie vermehrt Rückenschmerzen und / oder Symphysenschmerzen?	☐	☐
Lagen Lageprobleme und / oder Drehprobleme des Babys vor?	☐	☐
Gab es einen zeitgerechten Eintritt des Babys ins Becken?	☐	☐
Gab es toxische Belastungen in der Schwangerschaft? (Medikamente, Alkohol, ...)	☐	☐
Gab es operative Maßnahmen? (Cerclage, ...) Falls „Ja“, nennen Sie diese.	☐	☐

Fragen über die Entbindung:	Ja	Nein
normale Geburt	☐	☐
Zangengeburt	☐	☐
Saugglockengeburt	☐	☐
Einsatz von Wehenförderungsmittel	☐	☐
Wurde eine PDA durchgeführt?	☐	☐
Kaiserschnitt (Geplante Sectio / ungeplante Sectio / Notsectio)	☐	☐
Gab es Drehmanöver des Kindes während der Geburt? (Kristeller Handgriff)	☐	☐
Gab es einen Geburtsstillstand?	☐	☐
Hat Ihr Kind sofort geschrien?	☐	☐
Wurde Ihr Kind sofort angelegt?	☐	☐
Hat Ihr Kind sofort gesaugt beim ersten Anlegen?	☐	☐
Lag Ihr Kind im Wärmebettchen / Brutkasten?	☐	☐
Musste Ihr Kind auf die Kinderstation?	☐	☐
Musste Ihr Kind auf die Intensivstation?	☐	☐

Fragen über die Entwicklung Ihres Babys:	Ja	Nein
Hat Ihr Baby eine bevorzugte Lage?	☐	☐
Neigt Ihr Baby dazu, sich zu Überstrecken?	☐	☐
Macht sich Ihr Baby steif?	☐	☐
Wurde eine Hüftfehlstellung (Hüftdysplasie) festgestellt?	☐	☐
Bewegt Ihr Baby beide Arme gleich?	☐	☐
Saugt und schluckt Ihr Baby normal?	☐	☐
Stillen Sie Ihr Baby?	☐	☐
Gibt es Stillschwierigkeiten?	☐	☐
Bevorzugt Ihr Baby eine Brustseite?	☐	☐
Bekommt Ihr Baby die Flasche?	☐	☐
Spuckt Ihr Baby übermäßig viel?	☐	☐

Fragen über die Entwicklung Ihres Kindes:	Ja	Nein
Schläft Ihr Kind altersentsprechend durch?	☐	☐
Ist Ihr Kind altersentsprechend entwickelt? (laut U - Untersuchung und Kinderarzt)	☐	☐
Ist Ihr Kind geimpft? (nach STIKO)	☐	☐
Nimmt Ihr Kind den Schnuller?	☐	☐
Hat Ihr Kind regelmäßigen Stuhlgang?	☐	☐
Gibt es abendliche Unruhen?	☐	☐
Hat Ihr Kind Blähungen?	☐	☐
Schreit Ihr Kind übermäßig viel?	☐	☐
Zeigt Ihr Kind auffällige Angewohnheiten? (kratzen, Schläge auf den Kopf, ...)	☐	☐
Lutscht Ihr Kind am Daumen oder an der Faust?	☐	☐
Kann Ihr Kind robben?	☐	☐
Kann Ihr Kind krabbeln?	☐	☐
Kann Ihr Kind gehen?	☐	☐
Ist die Sprachentwicklung Ihres Kindes altersentsprechend?	☐	☐
Gibt es andere Auffälligkeiten Ihres Kindes?	☐	☐