

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

*Sie haben sich für eine Osteopathische Behandlung entschieden. Zurzeit ist die Abgabe dieser Leistung in Deutschland keine anrechenbare Position der gesetzlichen Krankenkassen und kann deshalb nur im Delegationsverfahren, d.h. ausschließlich auf Privatrezept eines Arztes oder Heilpraktiker erfolgen. Deshalb möchten wir Sie bitten, sowohl das Rezept als auch den folgenden Fragebogen ausgefüllt an unsere Praxis zurückzuschicken, oder zur ersten Behandlung mitzubringen.*

*Der Fragebogen hilft uns einen Teil des Befundes vorab zu erledigen, damit die Erstkonsultation in einem akzeptablen Zeitrahmen durchgeführt werden kann. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau, denn schon lange zurückliegende Verletzungen, Operationen und Unfälle können von großer Bedeutung bzgl. Ihrer aktuellen Beschwerden sein.*

*Sollten Sie über Röntgenbilder, Arztberichte, etc. verfügen, bringen Sie diese bitte zum ersten Termin mit. Alle von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.*

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.*

Name: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: privat: ..... / .....

geschäftlich: ..... / .....

Mobil: ..... / .....

e-mail: .....

Geburtsdatum: ..... . ..... . ..... (TTMMJJJJ)

Familienstand: ..... Anzahl Kinder: .....

*Honorarvereinbarung:*

Der Betrag ist nach erbrachter Leistung direkt bar zu entrichten, oder nach erstellter Rechnung mit der angegebenen Zahlungsfrist auf das in der Rechnung angegebene Konto zu überweisen. Nicht einzuhaltenen Termine sind mindestens 24h vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Nicht fristgerecht abgesagte Termine werden mit dem vollen aktuell gültigen Behandlungssatz in Rechnung gestellt.

Der Behandlungssatz für 45-60 Minuten beträgt 80,00€

Der Behandlungssatz für 20-30 Minuten beträgt 40,00€

Der Behandlungssatz für Kinder (20-30 Min.) beträgt: 40,00€

Mit der Honorarvereinbarung erkläre ich mich einverstanden.

.....

(Ort, Datum Unterschrift des Patienten)

# PATIENTEN-FRAGEBOGEN

Was sind ihre aktuellen Beschwerden?

.....  
.....

Seit wann und in welcher Häufigkeit treten diese auf?

.....  
.....

Hat es einen Auslöser für die Beschwerden gegeben? *(Körperregion beschreiben)*

.....  
.....

Hatten Sie Operationen? *(Von der Kindheit bis dato)* Wenn ja, welche?

.....  
.....

Hatten Sie Unfälle? *(Traumata, Stürze, Sportverletzungen)*

.....  
.....

Gibt es Erkrankungen der inneren Organe? *(durchgemachte Entzündungen, Infektionskrankheiten, Diabetes (Zuckerkrankheit), Herz-Kreislaufsystem-, Lungen-, Darm-oder Nervenerkrankungen?)*

.....  
.....

Gibt es in ihrer Familie erblich bedingte Krankheiten oder ein gehäuftes Auftreten bestimmter Leiden? Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche? Auslöser?

.....  
.....

Leiden Sie unter Verdauungsproblematiken?  
*(Verstopfung; Durchfälle; Blähungen, Unverträglichkeit bestimmter Speisen)*

.....  
.....

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

.....  
.....

Welche Therapiemaßnahmen wurden bislang ergriffen, um ihre Beschwerden zu lindern?  
*(z.B. Injektionen, Massagen, Krankengymnastik, Akupunktur, Heilpraktik etc.)*

.....  
.....