

## Anamnesebogen Erwachsene:



Name, Vornamen:

Geb.:

Adresse:

Tel.:

E-Mail:

Termininfo über E-Mail erwünscht? JA / Nein

### Allgemeine Angaben:

Aktuelle Körpergröße / -gewicht:

Hatten Sie größere Verletzungen auch während der Kindheit? (z.B. Sturz, Kopfverletzungen, Knochenbrüche, Bänderrisse, ...)

Haben Sie körperliche oder organische Erkrankungen oder Entzündungen?

Nennen Sie recht daneben kurz die Erkrankung oder Entzündung. (zutreffendes ankreuzen)

- |                                         |                                              |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz           | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt    |
| <input type="checkbox"/> Lunge          | <input type="checkbox"/> Schilddrüse         |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutter    | <input type="checkbox"/> Leber / Gallenblase |
| <input type="checkbox"/> Nieren / Blase | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse  |
| <input type="checkbox"/> Gelenke        | <input type="checkbox"/> andere              |

Haben Sie neurologische Erkrankungen oder Entzündungen? (zutreffendes ankreuzen)

- |                                          |                                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Polyneuropathie | <input type="checkbox"/> M. Parkinson      |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> andere          |                                            |

Leiden Sie unter: (zutreffendes ankreuzen)

- |                                          |                                                 |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stress:         | <input type="checkbox"/> Unruhe:                |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Angstgefühle           |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit     | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen  |
| <input type="checkbox"/> Überforderung   | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Leistungsabfall | <input type="checkbox"/> andere:                |

Haben Sie folgende Erkrankungen? (zutreffendes ankreuzen)

- |                                                                               |                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                             | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck: zu hoch / zu niedrig (falsches durchstreichen) |
| <input type="checkbox"/> Gicht                                                |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen (z.B. Thrombose, Krampfadern, ...) |                                                                                        |
| Wenn ja, Welche:                                                              |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Allergie / Unverträglichkeiten                       |                                                                                        |
| Wenn ja, welche:                                                              |                                                                                        |

Wurden Sie schon mal Operiert? (Warum? / Wann?)



Welche Erkrankungen hatten Sie bisher? (z.B. Schwere Verläufe / regelmäßige Krankheit, ...)

Treten in Ihrer Familie wiederkehrend Erkrankungen oder Erbkrankheiten auf?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein?

**Fragen an Frauen:**

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, unregelmäßige Blutungen oder andere Beschwerden?

Haben Sie bereits Geburten hinter sich? JA / NEIN (zutreffendes ankreuzen)  
Wenn ja, wie war die Geburt/-en? (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Lage des Kindes, PDA, ...)

Gab es während der Schwangerschaft oder der Geburt Komplikationen?  
Hatten Sie anschließend Beschwerden?

Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?

Ihre aktuellen Beschwerden werde ich mit Ihnen persönlich besprechen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.  
Datum, Unterschrift



Verband der Osteopathen  
Deutschland e.V.  
In besten Händen.

# EINWILLIGUNG in die Datenverarbeitung

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



Hiermit erkläre ich,

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

gegenüber der Praxis

Praxis Rihawi  
Achmed Rihawi  
Kanalstr. 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 können, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags
- E-Mailbenachrichtigung mit Zustimmung auf dem Patientenfragebogen für Ihre Termininformationen

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.

Datum, Unterschrift (des Erziehungsberechtigten)



Verband der Osteopathen  
Deutschland e.V.  
In besten Händen.

# Behandlungsvertrag



von: Praxis Rihawi  
Kanalstr. 17  
95444 Bayreuth

mit: Name des Patient: \_\_\_\_\_  
Name des Erziehungs-  
berechtigten: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Beihilfeversicherung: JA / NEIN      Zusatzversicherung: JA / NEIN

Hiermit Stimme ich einer osteopathischen Behandlung gemäß des Behandlungsvertrags zu.  
Siehe Behandlungsvertrag auf der nächsten Seite.

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

Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigten)



Verband der Osteopathen  
Deutschland e.V.  
In besten Händen.

# Behandlungsvertrag Osteopathie



## **I. Vertragsgegenstand**

Gegenstand des Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.

## **II. Honorar**

Als Honorar für eine osteopathische Behandlung wird unabhängig der Länge der Behandlung der Betrag von 92€ vereinbart. Die Dauer der Behandlung liegt bei 40-60 min und richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Als Behandlung zählt 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.

Der Patient ist daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von 60€ 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 beihilfe Patienten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH), sofern nicht anders besprochen. Gesetzlich versicherte Patienten werden über ein Privat Rezept für Osteopathie Abgerechnet, sofern dieses Vorhanden.

Die zahlreichen Tarife der private Krankenversicherungen oder Beihilfeversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Auch die Erstattung über gesetzliche Krankenkassen unterscheidet sich erheblich.

Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Osteopathen unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob eine Erstattung erfolgt.