

Liebe Patienten, bitte füllen Sie diesen Bogen leserlich und in Druckbuchstaben aus.

Anamnesebogen

<u>Patient</u>		<u>Erziehungsberechtigter:</u>
		bitte den EB eintragen, bei dem das Kind versichert ist.
Name, Vorname:		Name, Vorname:
Geb. Datum:		Geb. Datum:
Adresse:		Adresse:
Ort:		Ort:
Telefonnummer:		Telefonnummer:
E-Mailadresse:		E-Mailadresse:
Gewicht, Größe:		
Beruf:		Hebamme:
Sport:		
Hausarzt:		
Krankenkasse:	Beihilfe:	Postbeamten-KV:
Heilpraktiker-Zusatzversichert bei:		

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von Herrn/ Frau
Erziehungsberechtigte:.....

Anschrift:.....
.....

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Praxis „Osteopathie heute“- Saskia Klinke meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden.: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überwiesenen Arzt und die Krankenkasse weitergegeben oder vermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung nicht erfolgen kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Osteopathie heute- Saskia Klinke
z.H. Katharina Kurzinski
Empeler Straße 122
46459 Rees

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „**Patienteninformationen zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum Unterschrift

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich

.....

Name, Vorname, Geburtsdatum

dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (z.B. Termindaten, Kontaktdaten, Befunde, Newsletter, Rechnungen)

.....
.....
.....

durch die Praxis „Osteopathie heute“- Saskia Klinke

über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

- E-Mail an folgende Adresse:

.....
.....

- Sonstige:

.....

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigter

Behandlungs- und Kostenvereinbarung zwischen

Praxis „Osteopathie heute“

und

.....

(Vor- und Nachname + Geb.-Datum)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nachstehend möchte ich Sie über die Behandlungskosten und die Behandlungszeit aufklären. Das Honorar meiner Tätigkeit richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker. Die von mir erbrachten Leistungen werden nicht von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen, ebenso ist bei der privaten Krankenkasse/Zusatzversicherung oder auch der Beihilfe die Übernahme der Kosten nur teilweise oder gar nicht, je nach vereinbarten tariflichen Bedingungen, möglich.

In allen Fällen verpflichten Sie sich die Behandlungs-/Untersuchungskosten in voller Höhe selbst zu begleichen, unabhängig von Ihren tariflichen Bedingungen. Die Auflistung der gültigen Honorarpositionen liegt an der Praxisanmeldung aus und wird Ihnen auf Verlangen vorgelegt. Die Begleichung der Kosten erfolgt direkt nach der Behandlung.

- Erst-Termin Osteopathie: Ausführliches Anamnesegespräch, Untersuchung und Behandlung nach osteopathischen Gesichtspunkten
- Folge-Termine Osteopathie: Kurzes Gespräch, kurze Untersuchung, ausführliche Behandlung nach osteopathischen Gesichtspunkten
- Heilpraktikerbehandlungen: Ausführliches Anamnesegespräch, Untersuchung und Behandlung nach heilpraktischen Gesichtspunkten, individuelle Dauer
- Die Abrechnung erfolgt in allen Fällen leistungsbezogen nach der GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und liegt in der Regel zwischen 60€-100€, unabhängig von der Länge der Behandlung, diese richtet sich nach dem Verlauf der Behandlung

Beachten Sie bitte! Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt wurden, werden Ihnen nach § 615 BGB in Höhe von 60€ in Rechnung gestellt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme, Vollständigkeit sowie die Richtigkeit meiner Angaben.

.....

Ort und Datum

.....

Unterschrift des Patienten

Diese Liste von Fragen soll helfen, die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes gezielter vorzunehmen. Sollten Sie die Fragen nicht alle beantworten können, ist das kein Problem. Am Termin selbst findet ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offene Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können. Einige der Informationen stehen auch im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheft Ihres Kindes.

Familie

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt Ja Nein

(Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige)

Bei uns sind genetische Erkrankungen bekannt Ja Nein

(Diabetes, Fettleibigkeit, sonstige)

Schwangerschaft /en

Anzahl: _____

Alter der Mutter zur Geburt: _____ Jahre

Dauer: _____ Wochen

Geburtsgewicht: _____ g, Größe: _____ cm

Geburt

Spontan oder eingeleitet

Natürlich oder Kaiserschnitt

Lage des Kindes: Schädel- Becken- sonstige Lage

Dauer der Geburt: _____ Stunden

Dauer der Presswehen: _____ Stunden

Wurden Medikamente verabreicht? Ja Nein

PDA / Wehenunterstützung / Antibiotika / Schmerzmittel Ja Nein

Hilfsmittel: Zange/ Saugglocke Ja Nein

Geburtsverletzungen Ja Nein

Wurde während der Geburt auf dem Bauch gedrückt? Ja Nein

War die Nabelschnur verschlungen? Ja Nein

Nach der Geburt

- Das Kind hat sofort geweint Ja Nein
- Das Kind wurde angelegt und hat sofort gesaugt Ja Nein
- Das Kind hat blaues Licht (Ikterus) bekommen Ja Nein
- Komplikationen Ja Nein
- Medikamente Ja Nein

Auffälligkeiten

- Gibt / Gab es Stillschwierigkeiten Ja Nein
- Bäuerchen / Aufstoßen kommt schwer Ja Nein
- Erbricht Ihr Kind oft Ja Nein
- Abendliche Unruhe Ja Nein
- Stundenlanges unstillbares Schreien Ja Nein
- Verdauungsschwierigkeiten Ja Nein

Asymmetrie Fehlhaltungen

- Sofort nach der Geburt festgestellt Ja Nein
- Erst später entwickelt Ja Nein
- Köpfchen abgeflacht Ja Nein
- Das Baby schaut meist nach rechts / links Ja Nein
- Dreht sich meist nur nach rechts / links Ja Nein
- Bewegt beide Arme gleich Ja Nein
- Hat die Hände gefaustet Ja Nein
- Bewegt beide Beine gleich Ja Nein

Sonstige Erkrankungen

Bisherige Therapie

Sonstige Bemerkungen
