

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:		Hebamme:
Sport:		
Kinderarzt:		
Krankenkasse:	Beihilfe:	Postbeamten-KV:
Heilpraktiker-Zusatzversichert bei:		

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 Erziehungsberechtigte/r

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)

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft

eingeleitet Ja Nein

Kaiserschnitt Ja Nein

Lage des Kindes: Schädellage Beckenendlage sonstige Lage

Hilfsmittel: Zange/ Saugglocke Ja Nein

Geburtsverletzungen Ja Nein

War die Nabelschnur verschlungen? Ja Nein

Auffälligkeiten

Abendliche Unruhe Ja Nein

Konzentrationsschwierigkeiten Ja Nein

Verdauungsschwierigkeiten Ja Nein

Auffälligkeiten in der Schule Ja Nein

Auffälligkeiten im Kindergarten Ja Nein

Gab/ Gibt es Auffälligkeiten in der motorischen, sprachlichen, emotional-sozialen Entwicklung?

Asymmetrien sofort nach der Geburt erst später

Wann konnte Ihr Kind krabbeln? _____

Wann hat es begonnen zu laufen? _____

Ist Ihr Kind ein Zehenspitzenwandler? Ja Nein

Kann Ihr Kind Hüpfen/ Springen? Ja Nein

Wie geht Ihr Kind die Treppe hoch? Im Wechselschritt im Gleichschritt

Kann Ihr Kind auf einem Bein stehen? Ja Nein

Kann sich Ihr Kind allein an- und ausziehen? Ja Nein

Kann Ihr Kind einen Ball fangen und werfen? Ja Nein

Kann Ihr Kind Rad fahren? Ja Nein

Kann Ihr Kind eine Schleife machen? Ja Nein

Perlen auffädeln? Ja Nein

Mit der Schere schneiden? Ja Nein

Kann Ihr Kind selbstständig mit Gabel und Löffel essen? Ja Nein

Gab oder gibt es Wachstumsbeschwerden? Ja Nein

Hat Ihr Kind Kleidergrößen übersprungen? Ja Nein

Trägt ihr Kind eine Zahnsperre oder ist eine geplant? Ja Nein

Grund des Besuches

Sonstige Erkrankungen/ Diagnosen

Bisherige Therapien

Sonstige Bemerkungen
