

Ingolstädter Straße 26 a, 86633 Neuburg  
Tel.: 08431-507790

## **Behandlungsvertrag**

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen durch und beantworten Sie diese ganz spontan. Fragen bei denen die Antwortmöglichkeiten in Klammern ( ) stehen, bitte diese einkreisen oder unterstreichen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergeleitet.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: (m) (w) (d)

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ versichert bei: \_\_\_\_\_

mitversichert bei: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Freizeit/Sport: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Facharzt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ HandyNr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Organisatorisches:**

Bitte nehmen Sie zu Ihrer ersten Behandlung diesen Fragebogen, vorhandene Befunde (auch Labor) und radiologische Bilder (Röntgen, CT, MRT) mit.

Das Badetuch (als Unterlage) bitte nicht vergessen.

Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, sind bis spätestens 1 Arbeitstag vor dem Behandlungstermin telefonisch abzusagen. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.

### **Privatleistung Osteopathie:**

Die osteopathische Behandlung ist eine Privatleistung. Als Heilpraktiker bin ich - Michael Golling - zur eigenständigen Abrechnung mit privaten Krankenkassen, Beihilfestellen oder einer entsprechenden Zusatzversicherung berechtigt. Es wird nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) abgerechnet.

Die Kosten der erbrachten Leistung sind am Behandlungstag in bar oder per EC-Karte vom Patienten zu begleichen.

**Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes.**

Ich bin informiert über die Datenschutzrechtslage und erteile für den Fall fehlender Rechtsgrundlagen meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten im Zusammenhang mit der Behandlung ausdrücklich und freiwillig.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Bevollmächtigter

### Aufklärung:

Osteopathie ist eine besondere Form der Untersuchung und Behandlung von schmerzhaften sowie auch symptomfreien Störungen der Muskel-, Gelenk-, Nerven- und Organfunktionen. Mit Hilfe der Osteopathie können sowohl akute als auch chronische Beschwerden therapiert werden. Es wird nicht nur das Krankheitsbild bzw. die Symptome an sich behandelt, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit. Auch bei unten genannten Gegenanzeigen ist eine eingeschränkte Behandlung möglich, sofern eine korrekte medizinische/ärztliche Abklärung vorangegangen und der Osteopath informiert ist.

### Die Osteopathie wird vor allem angewandt bei:

Erkrankungen, Problemen und Funktionsstörungen

- des Stütz- und Bewegungsapparates
- der inneren Organe und des Nervensystems
- des Cranio-Sacralen Systems

### Ziel der Therapie ist immer die Wiederherstellung und Stärkung des Gleichgewichtes der Körperfunktionen

### Risiken der Untersuchung und Behandlung:

Als kurzfristige vorübergehende Reaktionen können auftreten:

- kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber
- Veränderungen der Körperrausscheidungen und/oder Menstruationszyklus
- Schlafstörungen

### Als Gegenanzeigen zu nennen sind:

Akute Entzündungen	Fieberhafte Erkrankungen	Brüche
Tumore	Thrombosen	Aneurysmen
Spontane Hämatombildungen	Inflammatorischer Rheumatismus	Implantierte Fremdkörper z.B. Herzschrittmacher, Spirale etc.
Schwere neurologische Störungen	Tuberkulose	Längere Kortikoidbehandlung

**Schwerwiegende Komplikationen** sind extrem selten. In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1:2.000.000) – kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu: einer Hirnblutung, einem Schlaganfall oder der Schädigung des Rückenmarks kommen.

**Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:** \_\_\_\_\_

- Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich durch gemäß obigen Text über die Untersuchung und Behandlung mittels Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. **Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.** Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. den Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen.
- Ich verzichte auf die Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung mittels Osteopathie.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_

Unterschrift Therapeut/Aufklärender

# Anamnesebogen

1. Chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Epilepsie, Herzerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Osteoporose, u.s.w.)?

---

---

2. Medikamente (Herztabletten, Blutverdünner, Marcumar, u.s.w.)?

---

---

3. Was sind Ihre Beschwerden? Seit wann haben Sie diese?

\_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

4. Schwitzen Sie nachts? (JA) (NEIN)

5. Haben Sie zu- / abgenommen?

Wie viel / in welchem Zeitraum? \_\_\_\_\_ kg / \_\_\_\_\_

6. Hatten Sie schon Operationen?

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

7. Unfälle?

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

8. Haben Sie Allergien? (JA) (NEIN) Welche?

---

9. Wie geht es Ihren Organen (Herz, Magen, Leber, Galle, Milz, Dünndarm, Dickdarm, Geschlechtsorganen, Blase, Lunge, Bauchspeicheldrüse)?

---

---

10. Besteht eine erbliche Vorbelastung (Diabetes mellitus, Tumore, rheumatische Erkrankungen, Herzerkrankungen, u.s.w.)? (JA) (NEIN) Welche?

---

---

11. Frauen:

Haben Sie Kinder? (JA) (NEIN)

Wieviele: \_\_\_\_\_

Kaiserschnitt(e)? (JA) (NEIN)

Wieviele: \_\_\_\_\_

Dammschnitt(e)? (JA) (NEIN)

Wieviele: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie die Pille? (JA) (NEIN)

Spirale? (JA) (NEIN)

Zyklusbeschwerden? (JA) (NEIN)

Blasensenkung? (JA) (NEIN)

Gebärmuttersenkung? (JA) (NEIN)

12. Männer:

Prostatabeschwerden? (JA) (NEIN)

13. Haben Sie Sensibilitätsstörungen (eingeschlafene Hände/Arme oder Füße/Beine, Brennen der Hände/Arme oder Füße/Beine, u.s.w.)? (JA) (NEIN) Welche?

---

---

14. Leiden Sie unter Kraftlosigkeit (Hände, Beine, Stolpern, Wegsacken der Beine, u.s.w.)? (JA) (NEIN) Welcher Art?

---

15. Haben Sie manchmal Beschwerden wie: Kopfschmerzen, Schwindel, Sehstörungen, Übelkeit? (JA) (NEIN) Welche?

---