

Liebe Patientin, lieber Patient,

für die optimale Vorbereitung einer ganzheitlichen Behandlung ist es notwendig, möglichst viele Informationen vorab über Ihren Gesundheitszustand zu erhalten. Bitte füllen Sie den Fragebogen dazu sorgfältig und vollständig aus und schicken ihn mir per Post zu oder bringen ihn zum Termin mit. Vielen Dank.

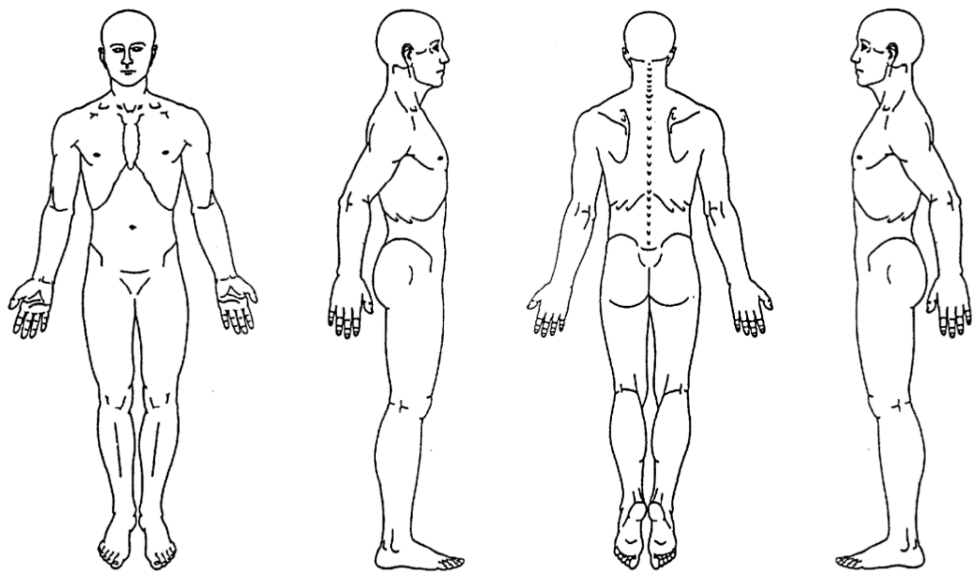
Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Telefon	_____
Straße	_____	E-Mail	_____
PLZ/Ort	_____		_____
Versicherung:	gesetzlich <input type="checkbox"/>	Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/>
Name der Versicherung:	_____		

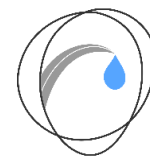
Beruf	_____	Aktivitäten	_____
Familienstand	_____	Körpergröße	_____
Kinder	_____	Körpergewicht	_____
Aktuelle Schwangerschaft?	_____	Behandelnder Arzt	_____

Aktuelle Beschwerden _____

Bitte markieren Sie,
wo sich Ihre aktuellen
Beschwerden befinden:

Punktuell mit einem X,
Ausstrahlung bitte
schraffieren.





Seit wann haben Sie die Beschwerden?	_____
Gibt es einen Auslöser?	_____
Wodurch werden sie schlimmer?	_____
Wodurch werden sie besser?	_____
Verändern sie sich über den Tag?	_____
Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 0–10?	_____
Hatten Sie bereits früher ähnliche Beschwerden?	_____
Welche Untersuchungen wurden schon durchgeführt? (z.B.: MRT, CT, Röntgen, Blut, Urin, Facharzt?)	_____ _____
Welche Therapien wurden schon durchgeführt?	_____
Was versprechen Sie sich von der osteopathischen Behandlung?	_____ _____

Bisherige Beschwerden	
Hatten Sie schwerwiegende Stürze, Unfälle, Frakturen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und wann?	_____
Hatten Sie Operationen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und wann?	_____
Nehmen Sie zurzeit Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel ein?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____
Sind Sie zurzeit besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. beruflich, familiär, psychisch)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____
Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten oder Hauterkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____



Systemanamnese

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Beschwerden mit den Augen (z.B. kurz- oder weitsichtig, Grauer Star,...)? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Beschwerden mit den Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit,...)? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Haben Sie Beschwerden am Kiefergelenk (z.B. Knirschen, Pressen, Knacken)? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie zahnärztlich behandelt (Wurzelbehandlungen, Zahnextraktionen oder Implantate)? Wenn ja, was und wo? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie chronische Nebenhöhlen- oder Mandelentzündungen, eine behinderte Nasenatmung, Operationen? Wenn ja, was davon? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Über-/ Unterfunktion, Hashimoto,...)? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Herz- Infarkte, Stents,...)? Wenn ja, welche? Ja ☐ Nein ☐

Haben/ Hatten Sie Erkrankungen der Lunge? (z.B. Bronchitis, häufiges Husten, Asthma, COVID-19,...) Wenn ja, welche? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Leber-/ Gallenbeschwerden (z.B. Koliken, Fettunverträglichkeiten, Steine,...)? Wenn ja, welche? Ja ☐ Nein ☐

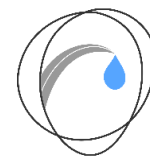
Haben Sie Magen-/ Darmbeschwerden (z.B. Völlegefühl, Sodbrennen, Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Geschwür,...)? Wenn ja, welche? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Nieren-/ Blasenbeschwerden (z.B. Blasenentzündungen, Nierenbecken-entzündungen, Steine, Inkontinenz,...)? Wenn ja, welche? Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie unter Diabetes oder Gicht? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Rückenprobleme (z.B. Bandscheibenvorfall, Osteoporose, Schmerzen, Verspannungen,...)? Wenn ja, welche? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Beschwerden an Armen/ Beinen (z.B. Schmerzen, Kribbeln, Taubheits- oder Kältegefühl, Krampfadern,...)? Wenn ja, welche? Ja ☐ Nein ☐



Für Frauen: Haben Sie Menstruationsbeschwerden?

Ja ☐ Nein ☐

Für Männer: Haben Sie Prostatabeschwerden (z.B. Verzögerung beim Wasser
lassen, Vergrößerung, Tumor...)? Wenn ja, welche? _____

Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Schlafprobleme (z.B. häufiges Erwachen, Schlaflosigkeit, unruhige Beine,
Nachtschweiß,...)? Wenn ja, welche? _____

Ja ☐ Nein ☐

Durchschnittliche Schlafdauer (in Stunden): _____

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher nicht abgefragt wurden?

Familienanamnese:

Welche Erkrankungen sind Ihnen aus Ihrer Familien bekannt (nur Eltern und Geschwister)?

Bitte bringen Sie relevante Befunde zum Termin mit (Arztbriefe, Röntgenbilder, weitere Aufnahmen (bei MRT
oder CT Aufnahmen bitte nur den Bericht, gerne in Kopie)).

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet:

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): _____

Patientenaufklärung

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin mit dem Ziel, Funktionsstörungen und deren Ursachen zu erkennen und zu behandeln. Der Patient wird in seiner Gesamtheit betrachtet. Nach einem ausführlichen Anamnesegegespräch wird der Patient vom Therapeuten mit den Händen untersucht. Die Therapie ergibt sich ganz individuell daraus. Anwendungsbereiche sind Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der inneren Organe, des Nervensystems sowie des Cranio-Sacral-Systems. Ein Behandlungserfolg kann nicht garantiert werden.

Kontraindikationen (Gegenanzeigen):

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Sollte bei der Anamnese oder bei der Untersuchung bei Ihnen eine Kontraindikation festgestellt werden, werden Sie darüber aufgeklärt und gegebenenfalls zur weiteren Abklärung an einen Arzt verwiesen. Des Weiteren ist Osteopathie als Primärbehandlung kontraindiziert bei: Aneurysmen, akuten Entzündungen, Infektionserkrankungen, Brüchen, Tumorerkrankungen, Bluterkrankheit, Durchblutungsstörungen des Gehirns, Thrombosen, schwerem Krankheitsgefühl, akuten Herz-Kreislaufbeschwerden und fieberhaften Erkrankungen.

Bitte wenden Sie sich in diesen Fällen zuerst an Ihren Arzt!

Mögliche Reaktionen nach der osteopathischen Behandlung:

kurzfristige Symptomverschlimmerung, kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörungen, Muskelkaterähnliche Schmerzen

Den obigen Text habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit dessen Inhalt einverstanden.
Diese Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn unterzeichnet.

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): _____

Behandlungsvertrag

Zwischen Osteopathie Kühltai – Aleksander Kühltai und dem auf Seite 1 genannten Patienten bzw. bei Minderjährigen dessen Sorgeberechtigten.

1. Vertragsgegenstand

Gegenstand des Vertrages ist die osteopathische Untersuchung und Behandlung des Patienten.

2. Honorar

Für die Leistungen in meiner Praxis werde ich Ihnen ein Honorar in Rechnung stellen, das sich am Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) orientiert. Für eine Behandlungszeit zwischen 30 und 60 Minuten wird ein Betrag zwischen 56 € und 110 € vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Das Honorar ist unmittelbar fällig und innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

3. Hinweise

Terminvereinbarung / Absagen von Terminen:

Die Praxis ist nach einem Bestellsystem geführt, das heißt, die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert. Daher ist der Patient verpflichtet, seine Termine pünktlich einzuhalten und falls nötig, Termine so früh wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vorher abzusagen (telefonisch, auf dem Anrufbeantworter oder unter osteopathie.kuehltau@gmail.com). Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder zu spät abgesagte Termine werde ich eine Ausfallgebühr von 65 € in Rechnung stellen.

Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen:

Der Leistungsumfang bei den Tarifen der privaten Krankenversicherungen sowie bei den freiwilligen Zuschüssen der gesetzlichen Krankenkassen variiert stark. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären. Die Rechnungsstellung erfolgt unabhängig von einer möglichen Erstattung durch die jeweilige Krankenversicherung und deren Begleichung ist nicht abhängig von der Leistung der Versicherung. Ein Eigenanteil kann für Sie anfallen.

Den obigen Text habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit dessen Inhalt einverstanden.
Diese Erklärung wurde von mir vor Behandlungsbeginn unterzeichnet.

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte): _____