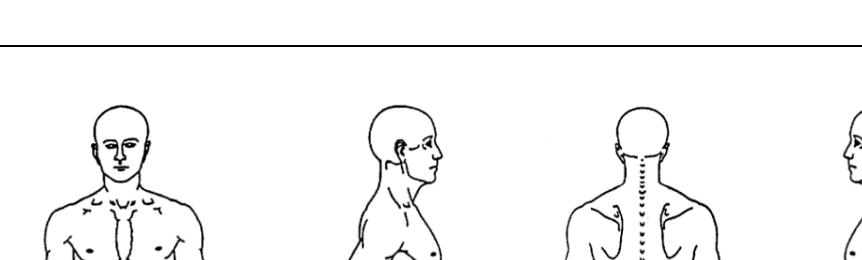


Liebe Patientin, lieber Patient,

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

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

Aktuelle Beschwerden			
----------------------	--	--	--



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 Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Hatten Sie Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie zurzeit besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. beruflich, familiär,
psychisch)? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten oder Hauterkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____



Systemanamnese

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden mit den Augen (z.B. kurz- oder weitsichtig, Grauer Star,...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<hr/>	
Haben Sie Beschwerden mit den Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit,...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche und seit wann?	<hr/>	
Haben Sie Beschwerden am Kiefergelenk (z.B. Knirschen, Pressen, Knacken)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<hr/>	
Wurden Sie zahnärztlich behandelt (Wurzelbehandlungen, Zahnxtraktionen oder Implantate)? Wenn ja, was und wo?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie chronische Nebenhöhlen- oder Mandelentzündungen, eine behinderte Nasenatmung, Operationen? Wenn ja, was davon?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Über-/ Unterfunktion, Hashimoto,...)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<hr/>	
Haben Sie eine Herz-/ Kreislauferkrankung (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Herz-Infarkte, Stents,...)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben/ Hatten Sie Erkrankungen der Lunge? (z.B. Bronchitis, häufiges Husten, Asthma, COVID-19,...) Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Leber-/ Gallenbeschwerden (z.B. Koliken, Fettunverträglichkeiten, Steine,...)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Magen-/ Darmbeschwerden (z.B. Völlegefühl, Sodbrennen, Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Geschwür,...)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Nieren-/ Blasenbeschwerden (z.B. Blasenentzündungen, Nierenbecken-entzündungen, Steine, Inkontinenz,...)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Diabetes oder Gicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Rückenprobleme (z.B. Bandscheibenvorfall, Osteoporose, Schmerzen, Verspannungen,...)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden an Armen/ Beinen (z.B. Schmerzen, Kribbeln, Taubheits- oder Kältegefühl, Krampfadern,...)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>



Für Frauen: Haben Sie Menstruationsbeschwerden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Für Männer: Haben Sie Prostatabeschwerden (z.B. Verzögerung beim Wasserlassen, Vergrößerung, Tumor...)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Schlafprobleme (z.B. häufiges Erwachen, Schlaflosigkeit, unruhige Beine, Nachtschweiß,...)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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 Crano-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 Kühltau – Aleksander Kühltau 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 unentschuldigt 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): _____