

Einverständniserklärung
Bitte in Druckbuchstaben schreiben !!!!!!!!

Patient

Name:.....

Vorname:..... m w

Name von Mutter/Vater (nur bei Kindern ausfüllen)

Straße:

PLZ/Wohnort.....

Geb. am:.....

Telefon:.....

Mobil:.....

Hausarzt/ Kinderarzt.....

Krankenkasse:

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? bitte zutreffendes ankreuzen, nachträgliche Änderungen können wir auf der erstellten Rechnung aus technischen Gründen nicht mehr vornehmen!

gesetzlich welche Kasse?

privat welche Kasse?

Reichen Sie die Rechnung bei der gesetzlichen Kasse die ein? **Ja** **Nein**

Beihilfe versichert? **Ja** **Nein**
wenn JA

beim Bund oder Land

Zusatzversicherung für Heilpraktiker ?

(nur wenn Sie gesetzlich Versichert sind ausfüllen)

Reichen Sie dort die Rechnung ein ?

Ja **Nein**

Reichen Sie die Rechnung bei Ihrer **Beihilfe-** oder **Privatversicherung** ein ? **Ja** **Nein**

Seit dem 01.01.2013 bezuschussen immer mehr gesetzliche Krankenkassen die Behandlung eines Osteopathen. Bitte fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob Sie eine Bezuschussung erhalten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sie haben sich für eine osteopathische Behandlung eines Heilpraktikers entschieden. Unabhängig von der Höhe einer möglichen Erstattung durch die Krankenkasse, erklären Sie sich hiermit einverstanden, die Vergütung für die Behandlung selbst zu zahlen. Die Behandlungskosten beziehen sich **nicht auf die Dauer der Behandlung** sondern auf eine osteopathische Behandlung.

Das Informationsblatt über Osteopathie und deren möglichen Risiken haben Sie gelesen und zu Kenntnis genommen.

Wir bitten Sie, sofern Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, diesen 24 Std. (werktags) vor der Behandlung abzusagen. Wir sind eine Bestellpraxis und vereinbaren ausschließlich Exklusivtermine. Für unentschuldigte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine wird als pauschaler Schadensersatz eine Ausfallgebühr von 80,- € in Rechnung gestellt, wobei dem Patienten der Nachweis vorbehalten wird, dass der Praxis kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist. Wir bitten um Ihr Verständnis dafür.

Ihr Praxisteam

Kronberg, den.....

(Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten)

Fragebogen zu Krankengeschichte

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus, da diese Angaben für eine risikofreie und optimale Behandlung wichtig sind. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name..... Geb. Datum.....

Sind sie Schwanger ? Nein Ja wenn ja welche SSW.....

Wie viele Geburten 0 1 2 3 4

Jetzige Beschwerden:

.....

Haben oder hatten Sie bereits schwere o. chronische Erkrankungen der folgenden Bereiche?

Herz/ Kreislauf:.....

Magen/Darmtrakt:(z.B. Sodbrennen, chron. Magenschleimhautentzündung,)

.....

Niere/Harnwege:(z.B. Nierensteine, chron. Blasenentzündung, Nierenbeckenentzündung)

.....

Atemwegserkrankungen: (z.B. Asthma, chron. Bronchitis, Lungenentzündungen, etc.)

.....

Operationen:

.....

Unfälle/Arbeitsunfälle:

.....

Sonstige Krankheiten:

.....

Allergien:

.....

Risikofaktoren:

.....

Bekommen Sie Dauertherapien:

(z. B. Krankengymnastik oder Medikamente

.....