



## Behandlungsvertrag

zwischen Osteopathie- und Naturheilpraxis Christiane Fischer, Heilpraktikerin und

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### 1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand ist eine naturheilkundliche Behandlung / Beratung. Diese Behandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte Therapieverfahren.

### 2 Honorar (bitte ankreuzen)

- Abrechnung pauschal nach der unten stehenden Gebührenliste
- Abrechnung für private Krankenversicherungen gemäß Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH), soweit umsetzbar, ansonsten analog zum GebüH.

Nicht eingehaltene Termine ohne rechtzeitige Absage (mindestens 48 Stunden zuvor) werden mit 50,00 € in Rechnung gestellt, falls der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte.

Das Honorar ist unabhängig von jeglicher Krankenkassen-, Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe nach Rechnungserhalt innerhalb von 14 Tagen zu begleichen.

### 3 Datenschutz

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Heilpraktikerin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Ich stimme zu, dass die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinischen Befunde erhoben und in einer Patientenakte erfasst und ggf. elektronisch gespeichert werden. Meine personenbezogenen Daten werden nur solange aufbewahrt, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren und werden dann gelöscht. Ich habe die ausführliche Datenschutz-Information, die in der Praxis ausliegt und Bestandteil dieses Behandlungs-Vertrages ist, gelesen, verstanden und stimme dieser ausdrücklich zu.

### Gebührenliste - zuzüglich werden verbrauchtes Praxismaterial und Medikamente berechnet

---

**Termine bis 50 Minuten:** **85,00 €**

**Ersttermin** Anamnese, Untersuchung, Beratung, Behandlung

**Osteopathie**

**Blutuntersuchung mit Dunkelfeldmikroskopie** Inklusive Material, Therapievorschlag

---

**Folge-Behandlungen / Kurztermine bis 30 Minuten:** **55,00 €**

Osteopathie Kurztermin

Neuraltherapie, Chiropraktik, Akupunktur,

Reflexzonentherapie, Ozon-Sauerstoff-Injektionen oder Kombinationen von Therapien

---

**Termine bis 30 Minuten:** **40,00 €**

**Pneumatron-Gewebebehandlung** tiefgehende Muskel- und Faszienbehandlung

**Infusionen zuzüglich Material**

---

Vor- und Nachbereitung z.B. Dunkelfeldfotos, Therapiepläne erstellen,

längere Beratungs- / Behandlungszeit wird zusätzlich berechnet: pro 10 Minuten

**20,00 €**

## 4 Aufklärungsbogen

Aus rechtlichen Gründen ist es erforderlich, dass ich Sie über die Behandlungsmethoden und deren Risiken in meiner Praxis aufkläre, ich gebe kein Heilversprechen ab.

Osteopathie/Chiropraktik, Akupunktur, Neuraltherapie, Injektionen/Infusionen, Ozon-Sauerstofftherapie, Reflexzonentherapie u.a. wende ich nach eingehender Diagnose-Stellung und Ausschluss von Kontraindikationen an. Diese Behandlungen sind bei sachgerechter und schonender Ausführung risikoarm und meist erfolgreich. Ich setze u. a. das Pneumatron 200-Gerät , das Humares Ozon-Sauerstoff-Gerät und den Activator zur Behandlung ein.

Osteopathie ist eine sanfte Behandlungsmethode ohne Impuls, die darauf abzielt, die Durchblutung, Ver- und Entsorgung in den Geweben zu verbessern, Blockaden, Schmerzen und andere Dysfunktionen zu behandeln und Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Der Erfolg der Behandlung hängt von der individuellen Reaktions- und Regenerationsfähigkeit des Körpers ab, eine Behandlung wirkt Tage bis Wochen nach. Eine Erstverschlimmerung nach einer Behandlung ist möglich. Auf Sport sollten Sie in den ersten 1-3 Tagen nach der Behandlung verzichten.

Bei der Chiropraktik handelt es sich um eine Manipulation an Gelenken und Wirbelsäule mit Impuls, dies ist allgemein unter „Einrenken“ bekannt.

Extrem selten kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

- Verschlimmerung eines Bandscheibenvorfalles und/oder einer Bandscheibenvorwölbung
- Verletzung eines Spinalnervens auch mit Lähmungserscheinungen
- Verletzung eines Blutgefäßes oder Ablösung von Belag aus der Blutbahn mit Gefahr eines Schlaganfalls, Infarkts und/oder Lähmungen vor allem bei Anwendung an der Halswirbelsäule.

Neuraltherapie, Akupunktur, Blutentnahme und Injektionen/Infusionen sind invasive Therapien. Diese wende ich zur Beseitigung von Störfeldern, zur Narbenunterspritzung, als Segmenttherapie oder zur Behandlung von Schmerzen, Entzündungen oder Gabe von Medikamenten oder Ozon-Sauerstoff und zur Beseitigung von Mangelzuständen (Vitaminen, Mineralien oder Aminosäuren) an.

Die Risiken hierbei sind allergische Reaktionen auf ein Medikament, Infektionen, Bildung eines Abszesses (Vereiterung), Läsionen von Nerven und Blutgefäßen mit Schmerzen oder Blutungen und Kreislaufprobleme. Bei Injektionen in ein Gelenk besteht das Risiko von Infektion, Vereiterung, Gelenksteife und Blutungen. Sehr selten wird eine operative Maßnahme erforderlich.

Bei der rektalen Darminsufflation von Ozon-Sauerstoff-Gemisch kann es beim Einführen in den Darm zu Verletzungen kommen. Nach der Behandlung müssen zur Erhaltung des Mikrobioms Darmbakterien eingenommen werden.

Chiropraktik an der Halswirbelsäule und Injektionen in ein Gelenk nehme ich nur in Ausnahmefällen bei entsprechender Indikation vor, wenn andere Methoden nicht zum Ziel geführt haben.

Detaillierte Aufklärungsbögen zu den verschiedenen Therapiearten werden gerne per Email zugeschickt.

### Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich eine umfassende Aufklärung über die vorgesehene Therapie, deren Risiken und möglicher Folgen der Nichtbehandlung erhalten habe.

Alle meine Fragen diesbezüglich wurden verständlich und ausführlich beantwortet. Meine Angaben auf dem Anamnesebogen sind richtig.

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die Zustimmung zur Durchführung der vorgeschlagenen Therapien.

- Ich hatte eine ausreichende Bedenkzeit
- Ich verzichte ausdrücklich auf eine Bedenkzeit

Oldenburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen dient dazu, Ihren Gesundheitszustand zu erfahren. Für eine ganzheitliche Diagnose unter Einbeziehen von möglichen Ursachen und Gründen sind ausführliche und genaue Angaben von großer Bedeutung. Bitte bringen Sie Befunde aus bildgebenden Verfahren und / oder Laborberichte soweit vorhanden mit. Vielen Dank!

Oldenburg, den \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

## Welche sind Ihre aktuellen Beschwerden? Was führt Sie zu mir?

\_\_\_\_\_

**Haben Sie Schmerzen?** Bitte beschreiben Sie, wo die Schmerzen sind:

\_\_\_\_\_

### Wie sind Ihre Schmerzen?

ziehend  stechend  bohrend  ausstrahlend  kribbelnd  Kolik artig

lokal  nach Bewegung  nach Belastung  Anlaufschmerz  nach Ruhe

**seit wann bestehen sie?**  Stunden  Tage  Wochen  Monate  Jahre

### Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0-10?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**Wann / bei welcher Gelegenheit sind Ihre Schmerzen aufgetreten?**  keine besondere Gelegenheit

Sport  Unfall  Belastung  Sturz  OP  sonstige: \_\_\_\_\_

**Gab es hierzu Vorbehandlungen/Untersuchungen?**  keine

Arzt  Röntgen  MRT/CT  Blutuntersuchung  Physiotherapie  Chiropraktik

sonstige: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**  keine

Blutdrucksenker  Marcumar/Blutverdünner  Kortison  ASS  Schmerzmittel  Pille

Antidepressiva  Betablocker  Magensäureblocker  sonstige \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  nein  ja  was? Anzahl pro Tag \_\_\_\_\_

**Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?**  keine  unbekannt

Masern  Röteln  Mumps  Windpocken  Keuchhusten  Scharlach

sonstige: \_\_\_\_\_

**Sind Sie geimpft?**  aktuell lt. Impfkommision  ja , unregelmäßig  nein  Grippeimpfung

**Körpergröße** \_\_\_\_\_ m **Gewicht** \_\_\_\_\_ kg  **Gewichtsverlust** \_\_\_\_\_

**Welchen Sport treiben Sie?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**  nein  ja gegen, bitte kreuzen und geben Sie an:

Gräser  Pollen  Tierhaare  Metalle  Hausstaub/Milben  Heuschnupfen

Procain  Lidocain  Desinfektionsmittel  Latex  Korbblütler (z.B. Kamille)

Medikamente: \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

sonstige: \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihre Verdauung?**

Durchfälle  Verstopfung  im Wechsel  Blähungen  Magenprobleme  Stuhl geformt

wie oft Stuhlgang pro Tag: \_\_\_\_\_  Nahrungsmittelunverträglichkeiten  Hämorrhoiden

**Welche Erkrankungen haben/hatten Sie?**  keine

Herz-Kreislauf  Bluthochdruck  Durchblutungsstörungen  Burnout  Migräne  Krebs

Leber/Galle  Niere  Magen  Darm  Wirbelsäule / Gelenke  Diabetes  Rheuma

Borreliose  Epstein-Barr  Hepatitis  Tuberkulose  HIV  Herpes  Autoimmun

sonstige: \_\_\_\_\_

**Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie?**  keine  unbekannt

Herz-Kreislauf  Diabetes  Bluthochdruck  Durchblutungsstörungen/Arteriosklerose

Leber/Galle  Niere  Darm  Krebs  Rheuma  Gicht  Autoimmun  HIV

sonstige: \_\_\_\_\_

**Welche Operationen/Verletzungen/Unfälle hatten Sie?**  keine

Mandeln  Blinddarm  Gallenblase  Bandscheiben  Kaiserschnitt  Brüche

Herzschrittmacher  Schleudertrauma  Bänder  künstl. Gelenk  Knie  Hüfte

sonstige: \_\_\_\_\_

**Welche andere Beschwerden haben Sie?**  keine

Stress Depressionen  Ein- /Durchschlafen  Müdigkeit  Konzentrationsstörung

Schwindel  sonstige: \_\_\_\_\_

**Welche Zahnfüllungen, Zahn- oder Kiefergelenk- Beschwerden haben/hatten Sie?**  keine

Amalgam  Gold  Implantat  Zahnverlust  Kiefer/Kiefergelenk/CMD

**Für Patientinnen:** Monatsblutung regelmäßig:  ja  nein  schmerzhaft  Menopause

sonstiges \_\_\_\_\_  **Besteht eine Schwangerschaft?**  ja Woche \_\_\_\_  nein

**Weitere Informationen:**

---



---