



Behandlungsvertrag

zwischen Osteopathie- und Naturheilpraxis Christiane Fischer, Heilpraktikerin und

Vorname _____ Name _____

Straße _____ geb. _____

PLZ Wohnort _____ Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

1 Vertragsgegenstand

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

2 Honorar (bitte ankreuzen)

- Pauschal nach der unten stehenden Gebührenliste für gesetzlich Versicherte / Selbstzahler
- 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 kann.

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

3 Datenschutz und Auftragsdatenverarbeitung

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 elektronisch gespeichert werden. Für Laboraufträge und die Abrechnung dieser stimme ich der Datenspeicherung und Datenverarbeitung durch das Soliprax-Abrechnungssystem und dem Labor (in der Regel Ganzimmun Diagnostics GmbH) in Kooperation mit der Laborgemeinschaft deutscher Heilpraktiker ausdrücklich zu.

Ich habe die ausführliche Datenschutz-Information, die in der Praxis ausliegt und Bestandteil dieses Behandlungsvertrages ist, gelesen, verstanden und stimme dieser ausdrücklich zu.

Gebührenliste - zuzüglich werden verbrauchtes Praxismaterial und Medikamente berechnet

Beratungs- / Behandlungstermin bis 50 Minuten: 90,00 €

Ersttermin Anamnese, Untersuchung, Beratung, ggf. Behandlung

Osteopathie

Blutuntersuchung mit Dunkelfeldmikroskopie inklusive Material

Behandlungen: Akupunktur, Ultraschall, Neuraltherapie, Infusion u.a. bis 30 Minuten: 55,00 €

Pneumatron-Gewebebehandlung: tiefgreifende Muskel- und Faszien-Behandlung nach dem Vorbild der traditionellen chinesischen Medizin (Schröpfen) bis 30 Minuten: 30,00 €

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, das Ultraschallgerät ENRAF NONIUS 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 Selbstheilungs-Kräfte 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.

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 (Infusion/Injektion von 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 seltenen Ausnahmefällen bei entsprechender Indikation vor, wenn andere Methoden nicht zum Ziel geführt haben. Ausschließlich mit ausdrücklicher Zustimmung.

Detaillierte Aufklärungsbögen zu den verschiedenen Therapiearten werden auf Anfrage 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 und vollständig.

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

Ich hatte eine ausreichende 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:
