

Anamnesebogen zur osteopathischen Behandlung bei Kindern (4 – 14. Jahre)

| | |
|------------------------|--|
| <u>Patient:</u> | <u>Erziehungsberechtigter:</u> (Bitte den Erziehungsberechtigten eintragen, bei dem das <u>Kind versichert</u> ist.) |
| Name, Vorname: | Name, Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geburtsdatum: |
| Adresse: | Adresse: |
| Ort: | Ort: |
| Größe: | Telefonnummer: |
| Gewicht: | E-Mailadresse: |
| Kinderarzt: | Krankenkasse |
| Hebamme: | Beihilfe |
| | Postbeamten-KV: |
| | Heilpraktiker-Zusatzversichert bei: |

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von:

Erziehungsberechtigte:

Anschrift:

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Praxis „XANTIS Therapie“ meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:
zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überwiesenen Arzt und die Krankenkasse weitergegeben oder vermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung nicht erfolgen kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

XANTIS Therapie
Saskia und Team
z.H. Saskia de Groot
Minervastraße 37
46419 Isselburg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „**Patienteninformationen zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich (Name des Erziehungsberechtigten)

.....

für

.....

(Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten)

dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten, Befunde, Newsletter, Rechnungen)

.....

.....

.....

durch die Praxis „XANTIS Therapie“- Saskia und Team

über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

E-Mail an folgende Adresse:

.....

.....

Sonstige:

.....

.....

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Behandlungs- und Kostenvereinbarung

zwischen „XANTIS Therapie“

und

.....
(Vor- und Nachname + Geb.-Datum)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nachstehend möchte ich Sie über die Behandlungskosten und die Behandlungszeit aufklären. Das Honorar meiner Tätigkeit richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker. Die von mir erbrachten Leistungen werden nicht von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen, ebenso ist bei der privaten Krankenkasse/Zusatzversicherung oder auch der Beihilfe die Übernahme der Kosten nur teilweise oder gar nicht, je nach vereinbarten tariflichen Bedingungen, möglich.

In allen Fällen verpflichten Sie sich die Behandlungs-/Untersuchungskosten in voller Höhe selbst zu begleichen, unabhängig von Ihren tariflichen Bedingungen. Die Auflistung der gültigen Honorarpositionen liegt an der Praxisanmeldung aus und wird Ihnen auf Verlangen vorgelegt. Die Begleichung der Kosten erfolgt direkt nach der Behandlung.

- Ersttermin Osteopathie: Ausführliches Anamnesegespräch, Untersuchung und Behandlung nach osteopathischen Gesichtspunkten
- Folgetermine Osteopathie: Kurzes Gespräch, kurze Untersuchung, ausführliche Behandlung nach osteopathischen Gesichtspunkten
- Die Abrechnung erfolgt in allen Fällen leistungsbezogen nach der GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und liegt in der Regel zwischen 95€-125€, unabhängig von der Länge der Behandlung, diese richtet sich nach dem Verlauf der Behandlung.

Beachten Sie bitte:

Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt wurden, werden Ihnen nach § 615 BGB in Höhe von 80€ in Rechnung gestellt.

Soweit der Patient / die Patientin ein minderjähriges Kind ist, versichert der in die Behandlung einwilligende Elternteil, insoweit auch im Namen des anderen Elternteils zu handeln und versichert, dass dieser andere Elternteil ebenfalls mit der Behandlung einverstanden ist.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme, Vollständigkeit sowie die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Diese Liste von Fragen soll helfen, die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes gezielter vorzunehmen. Sollten Sie die Fragen nicht alle beantworten können, ist das kein Problem. Am Termin selbst findet ein persönliches Gespräch statt, in dem alle offene Fragen Ihrer- und meinerseits geklärt werden können. Einige der Informationen stehen auch im gelben Vorsorge- und Untersuchungsheft Ihres Kindes.

Familie

Sind bei Ihnen in der Familie Wirbelsäulenprobleme bekannt? Ja Nein
(Beckenschiefstand, Skoliose, sonstige)

Sind bei Ihnen in der Familie genetische Erkrankungen bekannt? Ja Nein
(Diabetes, Fettleibigkeit, sonstige)

Geburt

spontan eingeleitet natürlich Kaiserschnitt

Lage des Kindes: Schädellage Beckenendlage sonstige Lage

Hilfsmittel: Zange/ Saugglocke Ja Nein

War die Nabelschnur verschlungen? Ja Nein

Auffälligkeiten

Abendliche Unruhe Ja Nein

Konzentrationsschwierigkeiten Ja Nein

Verdauungsschwierigkeiten Ja Nein

Auffälligkeiten im Kindergarten Ja Nein

Auffälligkeiten in der Schule Ja Nein

Kindliche Entwicklung

Asymmetrien sofort nach der Geburt erst später

Wann konnte Ihr Kind krabbeln?

Wann hat Ihr Kind begonnen zu laufen?

Ist Ihr Kind ein Zehenspitzenläufer? Ja Nein

Kann Ihr Kind Hüpfen/ Springen? Ja Nein

- | | | |
|---|--|---|
| Wie geht Ihr Kind die Treppe hoch? | <input type="checkbox"/> im Wechselschritt | <input type="checkbox"/> im Gleichschritt |
| Kann Ihr Kind auf einem Bein stehen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kann sich Ihr Kind allein an- und ausziehen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kann Ihr Kind einen Ball fangen und werfen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kann Ihr Kind Rad fahren? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kann Ihr Kind eine Schleife binden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Ist es Ihrem Kind möglich, Perlen aufzufädeln? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kann Ihr Kind mit der Schere schneiden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kann Ihr Kind selbstständig mit Gabel / Löffel essen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Gab oder gibt es Wachstumsbeschwerden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihr Kind Kleidergrößen übersprungen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Trägt ihr Kind eine Zahnspange oder ist eine geplant? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Grund des Besuches:

.....

.....

Sonstige Erkrankungen:

.....

.....

Bisherige Therapie:

.....

.....

Sonstige Angaben:

.....

.....

Liebe Patienten,
in unserer Praxis für Osteopathie, Physiotherapie und Ergotherapie legen wir großen Wert auf eine ganzheitliche Betreuung, die Ihre individuellen Bedürfnisse optimal berücksichtigt. Um dies bestmöglich zu gewährleisten, streben wir eine enge Zusammenarbeit und offenen Austausch mit Ihrem behandelnden Arzt oder Hebamme an.

Die Koordination zwischen unseren Therapeuten und Ihrem Arzt ermöglicht eine umfassende Betrachtung Ihrer Gesundheitssituation. Durch den Austausch von relevanten Informationen können wir gemeinsam sicherstellen, dass die angewandten osteopathischen, physiotherapeutischen oder ergotherapeutischen Maßnahmen genau auf Ihre medizinischen Anforderungen abgestimmt sind.

Um diesen Austausch zu ermöglichen, benötigen wir Ihre Einwilligung, um mit Ihrem behandelnden Arzt oder Hebamme in Kontakt treten zu dürfen.
Wir schätzen Ihre Gesundheitsgeschichte und arbeiten gerne Hand in Hand mit anderen medizinischen Fachkräften, um Ihnen die bestmögliche Versorgung zu bieten.

Entbindung der Verschwiegenheit

Ich Frau / Herr....., wurde innerhalb meiner osteopathischen Behandlung eingehend befundet.

Um eine optimale Versorgung, eine maximale Behandlung gewährleisten zu können entbinde ich meinen Osteopathen/inder Verschwiegenheit.

Ein Austausch mit Frau / Herrn Dr..... oder meiner Hebamme.....stimme ich zu.

Isselburg den.....

Unterschrift des Patienten.....

