



Privat und alle Kassen

## Anmeldung / Behandlungsvertrag

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name  Geburtsdatum

Straße

PLZ  Wohnort

Telefon  E-Mail

Krankenkasse  Zuzahlungen:  nicht befreit  befreit  
Beihilfeberechtigt:  ja  nein

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Hierdurch können Ihnen in der Regel die anderorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinnen, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die Vergütung unter Abzug der ersparten Aufwendungen gemäß §§ 611, 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Das Recht der außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund wird durch diese Vereinbarung nicht berührt.

Der Patient wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Leistungen nicht von der Krankenkasse bezahlt werden können bzw. die Erstattung der Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang seitens der Erstattungsstellen gewährleistet ist. Der Patient willigt ein, das die Praxis nach der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh) abrechnet. Diese ist im Wartezimmer ersichtlich und wird Ihm per Anhang auf Anfrage ausgehändigt.

Der Patient willigt ein, dass die Therapeuten der Praxis jederzeit während der laufenden Behandlung den behandelnden Arzt konsultieren können. Diese(r) wird durch die folgende Unterschrift für die Dauer der Behandlung von der Schweigepflicht entbunden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten (E-Mail, Postadresse, Fax und Handynummer) für an mich gerichtete Informationen (Terminbestätigung, Terminerinnerungen, Grüße) per Post und mittels (SMS, Fax und E-Mail) neben der Praxis für Osteopathie & Physiotherapie auch von den Dienstleistern Buchner nur für die oben genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Datum  Unterschrift des Patienten

# Allgemeiner Patientenfragebogen

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns? .....

.....

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar? .....

.....

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst? .....

.....

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt/gelindert? (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung)

.....

Hatten Sie Unfälle, Verletzungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen, chronische Krankheiten?

.....

.....

## Persönliche Daten

Diagnose: ..... Größe: ..... Gewicht: .....

Beruf/Tätigkeit: ..... Sport/Freizeit: .....

Psyche: ..... Schwangerschaft .....

Rauchen Sie?  Nein  Ja wenn ja, wie viel?

Trinken Sie Alkohol?  Nein  Ja wenn ja, wie häufig und wie viel?

.....

Unterschrift des Patienten .....