



Behandlungsvereinbarungen:

01. Der Vertrag über eine Behandlung ist ein Dienstleistungsvertrag zwischen der Praxis *Marc James Daly* und der Patientin/dem Patienten.
02. Ein Termin dauert ca. 45 Minuten und beinhaltet folgende Dienstleistungen: Anamnese, Untersuchung, Aufklärung mit Verdachtsdiagnose, Beratung und Behandlung.
03. Die Patientin/der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass die osteopathische Behandlung als Heilkunde durch den Heilpraktiker Marc James Daly (MSc Osteopathische Medizin) durchgeführt wird. Pro Sitzung belaufen sich die Kosten der Behandlung, je nach Versicherungsträger und Abrechnungsbedarf, zwischen 100,- und 150,- €. Die anfallenden Gebühren richten sich nach den durchgeführten Behandlungsmaßnahmen und werden am Ende in einer Rechnung in Anlehnung an die Gebührenverordnung der Heilpraktiker (GebÜH) aufgelistet. Die Patientin/der Patient muss damit rechnen, dass sie/er die Aufwendungen aufgrund verschiedener Tarife und Verträge nicht voll erstattet bekommt. Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte im Voraus mit Ihrer Krankenkasse.
04. Ausgestellte Rechnungen bittet die Praxis *Marc James Daly* spätestens 7 Tage nach Ausstellungsdatum zu begleichen. Die Zahlung an die Praxis ist unabhängig vom Zeitpunkt der Rückerstattung durch die Krankenkasse. Mit Kenntnisnahme der Kosten gilt der Gebührensatz als vereinbart (§612 BGB).
05. Bitte beachten Sie, dass die Terminvergabe mit der Patientin/dem Patienten individuell vereinbart und nur für den angegebenen Zeitraum gültig ist. Daher bitten wir Sie, pünktlich in der Praxis zu erscheinen, da bei einer Verspätung der Patientin/des Patienten, die Behandlungszeit verkürzt oder – in extremen Fällen – ganz ausfallen und in Rechnung gestellt werden muss (siehe 6.).
06. Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sollte dieser spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch, persönlich oder per Email abgesagt werden. Bei Nichterscheinen ohne Absage oder bei einem nicht fristgemäß abgesagten Termin muss der Patientin/dem Patienten leider eine Absagegebühr von 50% der Terminkosten privat in Rechnung gestellt werden.
07. Bei Allergien, Verdacht auf eine ansteckende Krankheit oder Ähnlichem, setzen Sie sich bitte schnellstmöglich, vor Beginn der Behandlung, mit der Praxis *Marc James Daly* in Verbindung.
08. Die Patientin/der Patient willigt ein, dass der Therapeut während des Zeitraums der laufenden Behandlungen den zuständigen Arzt konsultieren darf. Dieser wird hiermit für die Dauer der Behandlungen von der Schweigepflicht entbunden.
09. Da jegliche Behandlung mit einem Risiko behaftet sein kann, arbeitet Marc James Daly möglichst mit gezielten und sanften Behandlungsmethoden und schult sich regelmäßig weiter, um eventuelle Risiken auf ein absolutes Minimum zu beschränken. Daher bespricht Marc James Daly mit der Patientin/dem Patienten vor Behandlungsbeginn die anstehenden Therapien und Maßnahmen und führt nötige Manipulationen nur nach Absprache mit der Patientin/dem Patienten aus. Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte Marc James Daly an, ansonsten wird Ihr Einverständnis vorausgesetzt.
10. Zusätzlich bitten wir Sie, den Anamnesebogen, das Datenschutzformular und alle vorhandenen Befunde (in schriftlicher Form) zum Terminbeginn ausgefüllt mitzubringen. Benutzen Sie bitte beim Betreten der Praxisräume unseren Garderobenbereich (keine Haftung), ziehen Sie die Schuhe dort aus und waschen Sie sich bitte gründlich die Hände auf der Patiententoilette. An der Wand, gegenüber der Eingangstür, steht Desinfizierungsmittel zu Verfügung.

Gemäß der DSGVO-EU-Datenschutzverordnung (gültig ab 25.05.2018) wird mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigt, dass die geltende Datenschutzerklärung und die Informationen der Praxis *Marc James Daly* zur Kenntnis genommen wurden und das Einverständnis für die entsprechenden Regelungen vorliegt.

Name der Patientin/des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Praxisstempel/Unterschrift Praxis *Marc James Daly*

Praxisstempel / Unterschrift Herrn Marc James Daly
marc james daly
OSTEOPATHIE & HEILKUNDE

Marc James Daly (MSc)
Praxis Osteopathie & Heilkunde
Nikolausberger Weg 20 - 37073 - Göttingen
0511 4014 9030
info@marcjamesdaly.com
www.marcjamesdaly.com

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Handy
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email-Adresse	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hobbys	Sport/Training
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Krankenversicherung:

Gesetzlich versichert bei:

Zusatzversicherung für Heilpraktiker* bei:

Privat versichert* bei:

Beihilfe: JA NEIN

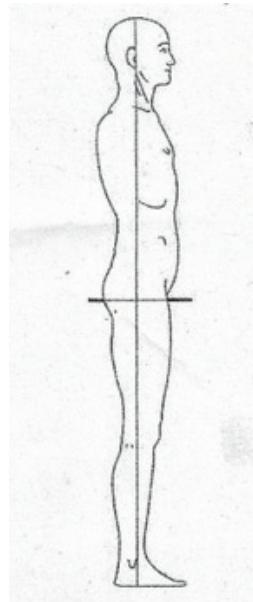
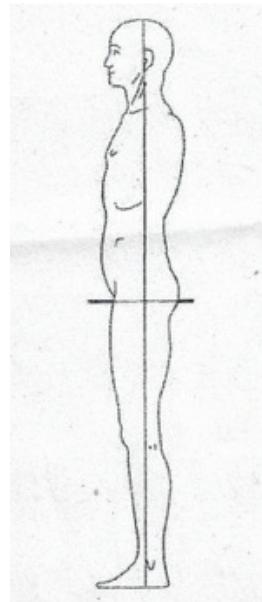
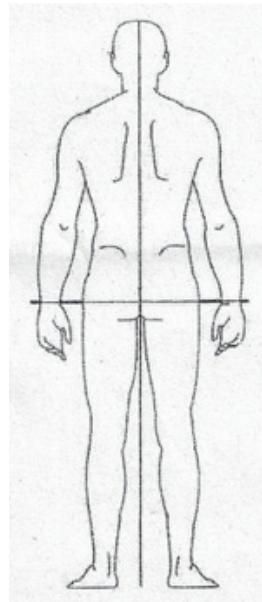
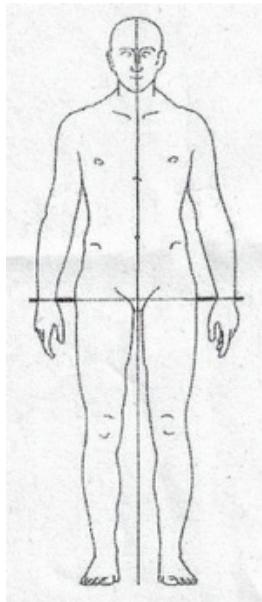
*Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker; bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Höhe Ihre Kasse die Leistung übernimmt.

Welche Beschwerden haben Sie?

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

Was ist genau passiert?

Markieren Sie bitte auf den Bildern den Schmerzort und die Richtung der Schmerzausstrahlung:



Was verschlimmert die Beschwerden? (Bitte ankreuzen.)

- sitzen liegen gehen aufrichten bücken drehen heben tragen
 Kälte Wärme Stress Husten körperliche Belastung längeres Stehen Wetterlage
 Stuhlgang Wasser lassen Monatsblutung Gartenarbeit Sport Sonstiges

Was lindert die Beschwerden? (Bitte ankreuzen.)

- Ruhe Schlaf Bewegung Sport Dehnung Wärme Kälte Schmerzmittel
 Massage Behandlung Spritzen Sonstiges

Waren Sie für diese Beschwerden bereits in Behandlung? (Wenn ja, wo, wie viele Termine, was für eine Therapie und mit welchem Erfolg?)

Schmerzskala 0–10:

leichter Schmerz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglicher Schmerz

Wie ist das Schmerzempfinden? (Bitte ankreuzen.)

- ziehend stechend drückend brennend klopfend krabbelnd dumpf pulsierend
 dauerhaft krampfartig reißend taub kolikartig beengend bohrend kalt
 Sonstiges

Wann tritt der Schmerz am stärksten auf? Ist dabei ein Muster zu erkennen? (Bitte ankreuzen.)

- morgens mittags abends nachts vor/nach dem Essen vor/nach dem Sport bei der Arbeit beim Aufstehen
 im Sitzen Ruhe ständig schmerhaft Sonstiges

Andere Symptome entweder zu den Beschwerden oder allgemein? (Bitte ankreuzen und erläutern.)

- Hautrötung Schwellungen Berührungs-empfindlichkeit Gewichtsverlust Gewichtszunahme Muskel- schwäche Bewegungs- einschränkung
 Sehstörungen Hörstörungen Kopfschmerzen Müdigkeit Schlaf- störungen Migräne Fieber
 Schüttelfrost Schwitzen Nachtschweiß Blässe Gang- unsicherheit Schwindel
 Sonstiges

Welche Krankheiten/Operationen/chronische, medizinische Konditionen/Unfälle/Stürze/Verletzungen hatten Sie (und wann)?

Sind Erkrankungen in Ihrer näheren Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt? (Bitte ankreuzen.)

- Diabetes Asthma Steine Bluthochdruck Allergien Arthritis Gicht Lungen- krankheiten
 Gefäß- krankheiten Depression Thrombosen Schlaganfall Multiple Sklerose Herzinfarkt Herz-Kreislaufstörungen erhöhte Cholesterin- werte
 Leberkrank- heiten Tumore oder Krebs Rheuma Nieren- krankheit Migräne und Kopfschmerzen
 Sonstiges

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente/Nahrungserg鋝zungsmittel ein? (Dosierung und H鋟figkeit):

Für Frauen: Anmerkungen über Menstruation/Schwangerschaft/Geburt/zusätzliche Anmerkungen?

Allgemeine Gesundheitszusammenfassung:

Gewicht (kg)

Größe (cm)

RR

Rauchen Sie?

Wenn ja, seit wann rauchen Sie? Und wie viele Zigaretten pro Tag?

[] JA [] NEIN

Wie würden Sie sich beschreiben 0-10:

inaktiv [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] sehr aktiv

Welche Informationen können Sie mir bezüglich Ihrer körperlichen und seelischen Verfassung geben, die behandlungsrelevant sein könnten?

Zusätzliche Erläuterungen/Untersuchungsanmerkungen: