

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*



Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Beruf

Telefon

Handy

Email-Adresse

Hobbys

Sport/Training

Krankenversicherung:

Gesetzlich versichert bei:

Zusatzversicherung für Heilpraktiker* bei:

Privat versichert* bei:

Beihilfe: JA NEIN

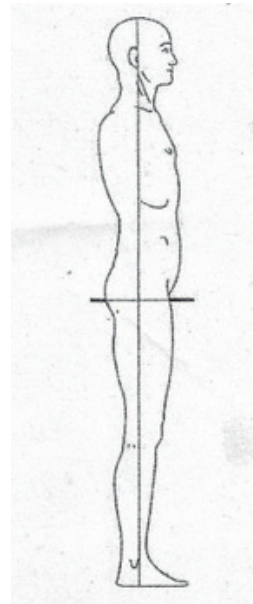
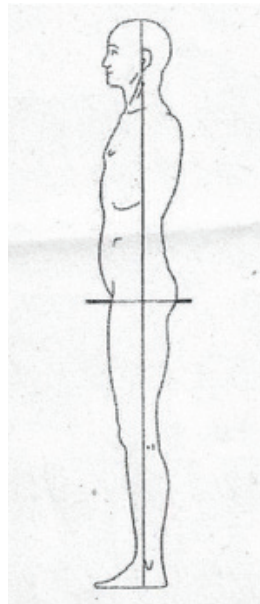
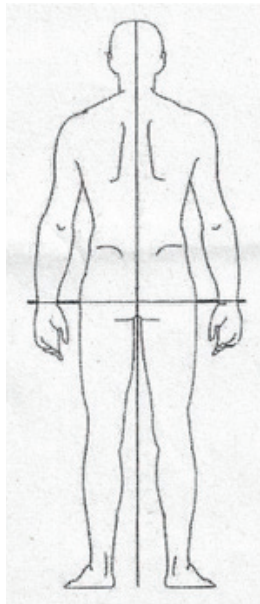
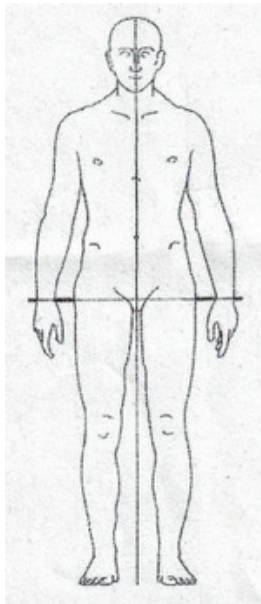
*Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker; bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Höhe Ihre Kasse die Leistung übernimmt.

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 schmerzhaft Sonstiges

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

- Hautrötung Schwellungen Berührungsempfindlichkeit Gewichtsverlust Gewichtszunahme Muskelschwäche Bewegungseinschränkung
- Sehstörungen Hörstörungen Kopfschmerzen Müdigkeit Schlafstörungen Migräne Fieber
- Schüttelfrost Schwitzen Nachtschweiß Blässe Gangunsicherheit 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 Lungenerkrankungen
- Gefäßkrankheiten Depression Thrombosen Schlaganfall Multiple Sklerose Herzinfarkt Herz-Kreislaufstörungen erhöhte Cholesterinwerte
- Leberkrankheiten Tumore oder Krebs Rheuma Nierenerkrankung Migräne und Kopfschmerzen
- Sonstiges

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

Three horizontal grey bars for text input.

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel ein? (Dosierung und Häufigkeit):

Three horizontal grey bars for text input.

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

Three horizontal grey bars for text input.

Allgemeine Gesundheitszusammenfassung:

Gewicht (kg)

Grey bar for weight input.

Größe (cm)

Grey bar for height input.

RR

Grey bar for blood pressure input.

Rauchen Sie?

JA NEIN

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

Grey bar for smoking history input.

Wie würden Sie sich beschreiben 0–10:

inaktiv [] [] [] [] [] [] [] [] [] sehr aktiv
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Five horizontal grey bars for text input.

Zusätzliche Erläuterungen/Untersuchungsanmerkungen:

Thirteen horizontal grey bars for text input.