

Anmeldeformular:

Name, Geburtsdatum des zu behandelnden Menschen

Anschrift des zu behandelnden Menschen

Telefonnummer, E-Mail-Adresse des zu behandelnden Menschen

gegebenenfalls Name des Erziehungsberechtigten

**Bitte ankreuzen:**

**1.) Therapieschwerpunkt:**

- Osteopathie für Erwachsene       Osteopathie für Säuglinge / Kinder       Naturheilverfahren

**2.) Krankenversicherung und Erstattung**

Der zu behandelnde Mensch bestätigt, in folgender Krankenkasse (KK) versichert zu sein:

- gesetzliche Krankenkasse       private Krankenversicherung 100%  
 gesetzliche KK mit Beihilferstattung       Beihilfe mit privater Krankenversicherung  
 gesetzliche KK mit priv. Zusatzversicherung       Postbeihilfe

Welche? \_\_\_\_\_

**3.) Bestätigung des zu behandelnden Menschen:**

Die Praxisordnung habe ich gelesen und verstanden. Ich bin mit der Praxisordnung und dessen Vertragsinhalte einverstanden. Mir ist bekannt, dass die Praxisordnung sowie die Risikoaufklärung einerseits im Wartebereich der Praxis und andererseits auf der Webseite [www.osteopathiegreve.de](http://www.osteopathiegreve.de) ersichtlich sind und ich gegebenenfalls die Vertragsinhalte nachlesen kann.

Die Stornoklausel habe ich verstanden und gelesen. Mir ist bekannt, dass vereinbarte Termine, die nicht 24 Stunden vor Terminbeginn abgesagt wurden, in voller Höhe in Rechnung gestellt werden.

Durch meine Unterschrift wird die Datenschutzerklärung in Ziffer 6 c des Vertrages der Praxisordnung Bestandteil der Vereinbarung. Ich bin einverstanden und willige explizit ein, dass meine personenbezogenen Daten zur Abwicklung, Anbahnung und Durchführung des Vertragsverhältnisses gespeichert und genutzt werden sowie dass meine Gesundheitsdaten (inklusive gegebenenfalls benötigter Fotos) zur Aufnahme der Anamnese, zur Durchführung der Befunderhebung / Diagnose sowie zur Therapie gespeichert und genutzt werden. Ich willige ein, dass sie auch dann nach Maßgabe der gesetzlichen Aufbewahrungsvorschriften aufbewahrt werden, wenn ich nicht mehr ein zu behandelnder Mensch in der Praxis bin. Mir ist klar, dass eine Weitergabe dieser Daten nicht stattfindet, außer mit den im Vertrag in Ziffer 6 c aufgezählten Ausnahmen.

Ich bin über die ungefähren Kosten auf Basis dieses Behandlungsvertrags belehrt worden und ich bin auch hinsichtlich der Kostenerstattung einverstanden.

Ich weiß auch, dass evtl. Differenzbeträge gegenüber der Erstattung meiner Krankenkasse selbst bezahlt werden müssen.

Ort, Datum

Unterschrift Patienten/ Erziehungsberechtigter

Unterschrift der Therapeutin

## Risikoauflklärung einer osteopathischen Untersuchung und Behandlung

**Im Praxisalltag sind besonders in den ersten zwei bis drei Tagen nach einer osteopathischen Untersttzung folgende Reaktionen gehäufiger aufgetreten:**

- Müdigkeit
- Muskelkater
- Vitalisierung sowie leichtere Umsetzung von Bewegungsabläufen
- keine Änderungen wahrgenommen

Des Weiteren wären noch beispielsweise folgende Reaktionen möglich:

- kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber
- Veränderungen der Körperrauscheidungen und/oder Menstruationszyklus
- Schlafstörungen
- ...

**Als Gegenanzeigen sind beispielhaft zu nennen:**

- Akute Entzündungen
- Fieberhafte Erkrankungen
- Brüche
- Tumore
- Thrombosen
- Aneurysmen
- Spontane Hämatombildungen
- Inflammatorischer Rheumatismus
- Implantierte Fremdkörper z.B. Herzschrittmacher, Spirale etc.
- Schwere neurologische Störungen
- Tuberkulose
- Längere Kortikoidbehandlung

Auch bei den hier aufgezeigten Gegenanzeigen ist eine angepasste osteopathische Behandlung möglich, sofern eine korrekte medizinisch-ärztliche Abklärung vorangegangen und die Osteopathin informiert ist.

Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Komplikationen sind extrem selten. In seltenen Fällen, mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000-1:2.000.000, kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu: einer Hirnblutung, einem Schlaganfall oder der Schädigung des Rückenmarks kommen.

- Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gemäß obigem Text durch Frau Rita Greve, M.Sc.Ost., D.O. über die Untersuchung und Behandlung mittels Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und wünsche die Behandlung mittels Osteopathie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten beziehungsweise den Arzt verständigen beziehungsweise mich wieder vorstellen.
- Ich verzichte auf die Aufklärung, da ich vorinformiert bin. Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.

Ort, Datum

Unterschrift des zu behandelnden Menschen  
bzw. Erziehungsberechtigter

Unterschrift der Therapeutin