

Datum: : \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich den Namen/Vornamen der/des Erziehungsberechtigten angeben: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

KV: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

**1. Grund der Konsultation:**

---

---

---

---

**2. andere Symptome, verschiedene Systeme:**

---

---

---

---

**3. Geburt:**

- Zeitpunkt (wievielte Woche) \_\_\_\_\_
- Lage des Kindes: \_\_\_\_\_
- schmerzstillende Mittel \_\_\_\_\_
- Apgar Wert \_\_\_\_\_
- Besonderheiten während der Geburt? Einleitung, Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, etc.

---

---

**4. Schwangerschaft (gesamt und 2. Trimester):**

---

---

---

---

**5. Die ersten Tage nach der Geburt:**

- Wohlbefinden des Babys

---

---

---

- Trinkverhalten

---

---

---

**6. Entwicklung (motorisch, sensorisch, sprachlich):**

---

---

---

**7. Impfungen:**

---

---

---

- Gab es Reaktionen auf Impfungen? (z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, etc.)

---

---

---

**8. Durchgemachte Erkrankungen, Operationen:**

wann:                      was:                      was wurde unternommen:

---

---

---

---

---

---

---

**9. Stürze, Unfälle:**

wann:                                      was und wie:

---

---

---

---

---

---

---

**10. sonstiges:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich den Namen/Vornamen der/des Erziehungsberechtigten angeben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Röntgen, CT, MRT) sowie Zahnschienen und Einlagen zum ersten Termin mit!**

**Bitte bringen Sie ein Handtuch zu jeder Behandlung mit.**

#### **Vereinbarung zwischen ZOM und Patient**

Der Vertrag über eine osteopathische Behandlung ist ein Dienstvertrag. Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung an die für Osteopathen geltende Gebührenordnung. Mit Kenntnisnahme der Kosten gilt der Gebührensatz als vereinbart (§612 BGB).

Eine osteopathische Behandlung dauert ca. 50 Minuten.

Selbstzahler werden gebeten den Betrag von 80 € **bar nach jeder Behandlung** zu entrichten.

Der Patient muss damit rechnen, dass er seine Aufwendungen nicht voll erstattet bekommt. Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit Ihrer Krankenkasse.

Die **Absage** eines Termins sollte spätestens **24 Stunden vor der Behandlung telefonisch** erfolgen. Bei einem nicht rechtzeitig abgesagten Termin oder Nichterscheinen, werden wir Ihnen gemäß §252 BGB ein Ausfallhonorar von 50 € privat in Rechnung stellen. Das Ausfallhonorar entsteht nicht, wenn das Nichterscheinen zum vereinbarten Termin unverschuldet war.

Nach Rechnungseingang hat der Patient eine **Frist von zwei Wochen** zur Begleichung der Kosten, unabhängig ob der Krankenversicherungsträger bereits eine Erstattung genehmigt hat.

Grundsätzlich kann JEDE Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Chiropraktik, Osteopathie, Akupunktur oder jeder anderen Methode.

Wir arbeiten mit gezielten und sanften Techniken und schulen uns regelmäßig weiter, somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.

Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären: Im Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.3.93 3023/91) wird verlangt, Patienten aufzuklären, daß es bei Manipulationen an der oberen Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen oder Sonstiges kommen kann.

Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, sonst setzen wir Ihr Einverständnis voraus.

**Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_