



Patientenvereinbarung Praxis für Osteopathie Tallo Fried

Therapeuten der Praxis: Tallo Fried M.Sc., D.O., Heilpraktiker (Osteopathie), Praxisinhaber
Elena Pankow M.Sc., Heilpraktikerin (Osteopathie), selbständige Mitarbeiterin

Persönliche Daten Patient/in

Titel	Vorname	Nachname	Geburtsdatum
-------	---------	----------	--------------

Falls abweichend, Name des/der Rechnungsempfängers/in (z.B. Erziehungsberechtigte)

Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort
-----------------------	----------------------

(Mobil-) Telefon	E-Mail-Adresse
------------------	----------------

Krankenversicherung (gesetzlich, privat, Zusatz, Beihilfe)

Empfehlung durch

I. Honorar

Als Honorar für eine osteopathische Heilbehandlung wird, unabhängig von der Sitzungsdauer, ein Betrag von ca. 100,- bis 120,- € vereinbart. Das Honorar ist, unabhängig von eventuellen Erstattungsmöglichkeiten durch die Krankenkasse/-versicherung des/der Patienten/in, sofort fällig und zahlbar innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung.

II. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird als Bestellpraxis geführt. Das heißt, die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für den/die jeweilige/n Patienten/in reserviert. Es wird daher um pünktliche Einhaltung der Termine gebeten. Sollte es nötig sein, einen Termin abzusagen, verpflichtet sich der/die Patient/in dies frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher bekanntzugeben, damit die vereinbarte Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt daher leider eine Ausfallpauschale in Höhe von mindestens 60,- € an. Termine können aber gerne auch an Familienangehörige oder Bekannte weitergegeben werden.

III. Patientenaufklärung / Risiken

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Komplementärmedizin, die der ganzheitlichen Diagnose und Behandlung von Funktionsstörungen im menschlichen Organismus dient. Dabei kommen überwiegend sanfte, nicht invasive manuelle Techniken zum Einsatz.

Dennoch kann es durch die Behandlung zu einer vorübergehenden Verstärkung der Beschwerden kommen (Erstverschlimmerung). Ebenso sind vorübergehende Erscheinungen wie Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen oder muskelkaterähnliche Schmerzen möglich.

Bitte Rückseite beachten!

Mobilisationen und Manipulationen (Impulstechniken) an der Wirbelsäule werden mit äußerster Vorsicht durchgeführt und sind in der Regel unbedenklich.

In seltenen Fällen (1:400.000 – 1:2.000.000) besteht bei einer entsprechenden Vorbelastung jedoch das Risiko einer Hirnblutung, einer Schädigung von Nerven oder des Rückenmarks sowie eines Schlaganfalls.

Der/Die Patient/in verpflichtet sich daher, alle bekannten schwerwiegenden Vorerkrankungen vor der ersten Behandlung bekanntzugeben. Dazu zählen in erster Linie Bandscheibenvorfälle, Thrombosen, Stenosen, Arthrose oder anatomische Anomalien. Des Weiteren aber auch Aneurysmen, Tumorerkrankungen, akute Entzündungen, infektiöse oder fieberhafte Erkrankungen, Brüche oder andere Verletzungen, Durchblutungsstörungen des Gehirns, Bluterkrankheit, spontane Hämatombildungen oder Ähnliches.

Bei Säuglingen werden grundsätzlich keine Manipulationstechniken oder andere invasive Techniken durchgeführt.

IV. Einwilligung / Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten sowie meine Befunde

- zum Zweck der Diagnostik und osteopathischen Behandlung verarbeitet und gespeichert werden.
- zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet werden.
- im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) gespeichert werden.

Mir ist bekannt, dass

- ich diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann.
- ich ein Recht auf Auskunft über die über mich verarbeiteten Daten habe.
- ich ein Recht auf Berichtigung oder Löschung der Daten habe, soweit das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem nicht entgegensteht.
- ich ein Beschwerderecht beim Datenschutzbeauftragten des Landes Hessen habe und die Übersendung der mich betreffenden und von mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen kann. (Poststelle@datenschutz.hessen.de)

Ort und Datum: _____

Unterschrift Patient/in

(bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte/r)