



## A n a m n e s e b o g e n   S ä u g l i n g \_ b i s   z u m   1 .   L e b e n s j a h r

*Wir bitten Sie, alle Ihnen bekannten Informationen möglichst vollständig auszufüllen.*

Vorname **Kind:** \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
Hauptversicherter: \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_  
Festnetz: \_\_\_\_\_

Beihilfe: ☐ JA ☐ NEIN

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Anzahl Schwangerschaft: \_\_\_\_\_  
Komplikationen: \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie das Hauptproblem / die Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

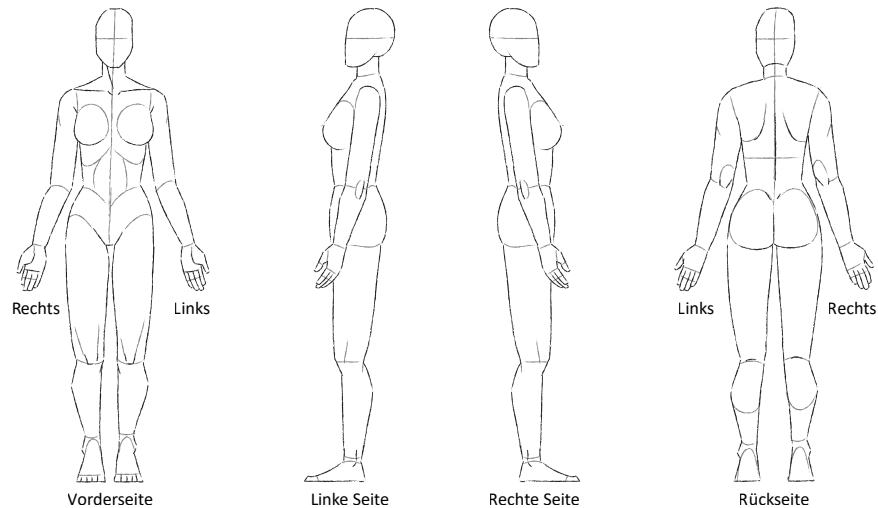
- *Wo sind die Beschwerden zu lokalisieren?*

Bitte zeichnen Sie ein:

+ Schmerzen

✶ Narben

↓ Ausstrahlende Beschwerden



- *Seit wann bestehen die Beschwerden?*
- *Gibt es auslösende Faktoren?*
- *Wie häufig treten die Beschwerden auf?*
- *Wie stark sind die Beschwerden?*

gar nicht   (1)   (2)   (3)   (4)   (5)   (6)   (7)   (8)   (9)   (10)   sehr stark

→



**Sonstige Beschwerden / Probleme / Nebendiagnosen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unfälle (auch ohne Arztbesuch):

Operationen:

Medikamente / Homöopathie:

Allergien / Unverträglichkeiten:

**Geburt**

Geburt in SSW: \_\_\_\_\_

Größe bei Geburt: \_\_\_\_\_

Spontan: \_\_\_\_\_

Kaiserschnitt: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Dauer Geburt: \_\_\_\_\_

Gewicht bei Geburt: \_\_\_\_\_

eingeleitet: \_\_\_\_\_

Lage des Kindes bei der Geburt: \_\_\_\_\_

Kopfumfang: \_\_\_\_\_

Saugglocke / Zange: \_\_\_\_\_

**Nahrung**

Kind wird gestillt: \_\_\_\_\_

Beikost: \_\_\_\_\_

Flasche: \_\_\_\_\_

Bis wann: \_\_\_\_\_

Seit wann: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Verdauung**

Durchfall: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Verstopfung: \_\_\_\_\_

Blähungen: \_\_\_\_\_

**Verhalten**

Schlafverhalten: \_\_\_\_\_

Unruhe: \_\_\_\_\_

Schreien: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Spuckverhalten: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Wie lange: \_\_\_\_\_ Stunden

Wie lange: \_\_\_\_\_ Stunden

**Auffälligkeiten**

Hüftsonographie: \_\_\_\_\_

Therapie: \_\_\_\_\_

Familiäre Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Bewegungsauffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Fehlhaltung / Asymmetrie: \_\_\_\_\_

Kind bevorzugt Haltung beim Trinken: \_\_\_\_\_

Kind bevorzugt Haltung beim Schlafen: \_\_\_\_\_

Kind bevorzugt bestimmte Lage: \_\_\_\_\_

Sonstige Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Borgentreich, den \_\_\_\_\_

X

Unterschrift des Hauptversicherten



## **B e h a n d l u n g s v e r t r a g**

### **Hauptversicherter:**

Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Für mein **Kind**: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum **Kind**: \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_  
Festnetz: \_\_\_\_\_  
Beihilfe: ☐ JA ☐ NEIN

### **1. Vertragsgegenstand**

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten.

### **2. Honorar**

Als Honorar für eine osteopathische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung der Betrag von ca. 120,00€ für Erstbehandlungen und ca. 100,00 für Folgebehandlungen vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Als Behandlung zählt auch das Anamnesegepräch mit dem/der Patient/-in.

Das Honorar ist zahlbar innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum. Im Falle des Verzugs ist die/der Patient/-in zur Zahlung einer Mahngebühr in Form einer Vertragsstrafe von 5,00€ verpflichtet. Sollte eine weitere Erinnerung erforderlich sein, fällt eine zusätzliche Vertragsstrafe von weiteren 10,00€ an.

### **3. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen**

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für die/den jeweilige(n) Patient/-in reserviert ist.

Die/Der Patient/-in ist daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für die/den Patient/-in vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von 100,00€ an, wobei der/dem Patient/-in der Nachweis vorbehalten bleibt, dass der Praxis kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

### **4. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen**

Die Honorarabrechnung erfolgt bei privatversicherten Patienten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH). Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat die/der Patient/-in die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten grundsätzlich keine Erstattung der osteopathischen Leistungen.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen der/dem Patient/-in und dem behandelnden Therapeuten unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob eine Erstattung erfolgt.

Borgentreich, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Hauptversicherten



## **Einwilligung in die Datenverarbeitung** (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

**Hiermit erkläre ich** (Hauptversicherter),

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

Vorname **Kind**: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum **Kind**: \_\_\_\_\_

**gegenüber der Praxisgemeinschaft**

**Carolin Berlage**  
Emmerke 1  
34434 Borgentreich  
Telefon: 0160 81 26 178  
Mail: praxis@emmerkehof.de  
Web: www.osteopathie-emmerkehof.de

**Denise Nolte**  
Emmerke 1  
34434 Borgentreich  
Telefon: 0170 73 13 262  
Mail: info@nolte-osteopathie.de  
Web: www.nolte-osteopathie.de

meine Einwilligung in die Verarbeitung der Daten über meine Person, die auch sensible Gesundheitsdaten beinhalten können, zum Zwecke der

- Umsetzung des Behandlungsvertrags

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Erteile ich die Einwilligung nicht, entstehen mir keine Nachteile. Ohne Einwilligung ist jedoch die Umsetzung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

Die Möglichkeit der Abrechnung bisheriger Leistungen bleibt hiervon selbstverständlich unberührt.

Den anliegenden Datenschutzhinweis der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

### **Zusatz Einwilligung Datenvereinbarung:**

Im Rahmen der Praxisgemeinschaft von Carolin Berlage und Denise Nolte erfolgt eine gemeinsame Organisation von Praxisabläufen. Dies beinhaltet unter anderem die gegenseitige Vertretung im Krankheits- oder Urlaubsfall sowieso die organisatorische Verwaltung von Patiententerminen.

Zu diesem Zweck werden bestimmte personenbezogene Daten (insbesondere Patientenstammdaten, z.B. Name, Kontaktdaten, Terminverlauf) innerhalb der Praxisgemeinschaft ausgetauscht.

Es besteht keine Einsicht in Behandlungsdokumentationen oder medizinische Befunde. Es sei denn es wird dieses schriftlich von Ihnen gewünscht.

Borgentreich, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Hauptversicherten

## Datenschutzrechtliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

### 1. Praxisgemeinschaft für Osteopathie Emmerkehof, Borgentreich

Carolin Berlage, Emmerke 1, 34434 Borgentreich, Telefon: 0160 81 26 178, Web: www.osteopathie-emmerkehof.de  
Denise Nolte, Emmerke 1, 34434 Borgentreich, Telefon: 0170 73 13 262, Web: www.nolte-osteopathie.de

### 2. Zur Benennung eines Datenschutzbeauftragten sind wir nicht verpflichtet.

### 3. Zwecke und Rechtsgrundlage der Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Personenbezogenen Daten werden zu den folgenden Zwecken verarbeitet:

a. Umsetzung des Behandlungsvertrags mit Abrechnung, Rechtsgrundlage: Einwilligung nach Artikel 6 Abs.1 Buchstabe a DSGVO bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO bezüglich der Gesundheitsdaten

### 4. Art der personenbezogenen Daten

Zu den unter 3. genannten Verarbeitungszwecken werden folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Zu 3a. Gesundheitsdaten wie der Behandlungsverlauf, Kontaktdaten, Rechnungsdaten

### 5. Empfänger der personenbezogenen Daten

Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. Eine Ausnahme hiervon besteht für:

Landwirtschaftliche Buchstelle BSB GmbH, Brüderkirchhof 1, 34414 Warburg

Metten-Maas & Partner mbB Steuerberatungsgesellschaft, Ahornweg 37, 34414 Warburg

### 6. Dauer der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten

Die Daten werden nur solange gespeichert, wie dies zur Erfüllung des Zwecks erforderlich ist.

Nicht gelöscht werden dürfen Daten, für die eine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht nach Art. 17 Abs. 3 DSGVO, beispielsweise nach § 630 f Abs. 3 BGB die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung. Eine Aufbewahrung kann auch danach noch erforderlich sein, wenn die Gesundheitsdaten wichtige Informationen enthalten, deren Aufbewahrung im Interesse des Berechtigten liegt.

Eine Aufbewahrung kann sich nach entsprechender Abwägung auch aus Art. 17 Abs. 3 lit. e DSGVO ergeben bei möglichen Schadensersatzansprüchen des Betroffenen.

### 7. Betroffenenrechte

Im Hinblick auf die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten haben Sie folgende Rechte:

- Auskunft über ihre bei uns gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Art. 15 DSGVO)
- Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten (Art. 16 DSGVO)
- Löschung Ihrer bei uns gespeicherten Daten (Art. 17 DSGVO)
- Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern wir Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten noch nicht löschen dürfen (Art. 18 DSGVO)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten bei uns (Art. 21 DSGVO)
- Datenübertragbarkeit, sofern Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder einen Vertrag mit uns abgeschlossen haben (Art. 20 DSGVO)

Sofern Sie uns eine Einwilligung erteilt haben, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sie können sich jederzeit mit einer datenschutzrechtlichen Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden (Art. 77 DSGVO i.V.m. § 19 BDSG):

Bettina Gayk, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf  
Telefon: 0211 38424-0, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

**8. Es besteht keine vertragliche oder gesetzliche Pflicht, uns Ihre personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen. Ohne die Datenverarbeitung der unter 3a. genannten Daten können wir jedoch den Behandlungsvertrag nicht durchführen.**

Borgentreich, den \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Hauptversicherten



## P a t i e n t e n a u f k l ä r u n g

Osteopathie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seiner Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht.

### Anwendungen:

- Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der inneren Organe
- Funktionsstörungen des Nervensystems
- Funktionsstörungen des Cranio-Sacralen Systems

### Gegenanzeigen / Kontraindikationen:

Die Osteopathie ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei:

- Aneurysmen, Akuten Entzündungen, Infektionserkrankungen, Fieberhaften Erkrankungen, Brüchen, Tumorerkrankungen, Durchblutungsstörungen des Gehirns, Bluterkrankheiten, Thrombosen, spontanen Hämatombildungen

### Risiken der Behandlung sind:

- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Schlafstörungen
- Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Muskelkaterähnliche Schmerzen

### Risiken der Wirbelsäulenbehandlung:

- Gelegentlich leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut
- In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1:2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechen Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Individuelle Risikofaktoren des Patienten:

---

Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

---

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gemäß obigem Text durch

☐ Carolin Berlage oder ☐ Denise Nolte

über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie aufgeklärt worden zu sein.

Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.

Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen.

Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Borgentreich, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Hauptversicherten