



## Anne Kelz Osteopathie

### Anmeldung Jugendlicher / Erwachsene Behandlungsvertrag Osteopathie

**Name:**

.....

**Geburtsdatum:**

.....

**Mobilnummer:**

.....

**Festnetz (privat):**

.....

**Straße:**

.....

**PLZ – Ort:**

.....

**E-Mail:**

.....

**Krankenversicherung:**

**Gesetzlich**     **Beihilfe/Post**     **Privat–Versicherung**

**Vertragsgegenstand:**

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten mit Heilpraktikerin Anne Kelz, Rahlstedter Bahnhofstr. 22, 22143 Hamburg

**Honorar:**

Als Honorar für die osteopathische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung ein Betrag von 100 Euro vereinbart.

Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf.

Ich bin darüber informiert worden, dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenkasse in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Krankenkasse und/oder der Beihilfestelle möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden, was keinen Einfluss auf meine Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorar-Rechnung hat.

**Hinweis:**

Bitte denken Sie daran einen Termin, den Sie nicht wahrnehmen können, 24 Stunden vorher abzusagen, ansonsten muss ich Ihnen den nicht wahrgenommenen Termin mit 100 Euro in Rechnung stellen.

.....

Datum / Unterschrift (der Eltern)

### Einwilligung Datenschutz

Rechtsgrundlage: Art. 6 ABS. 1 Ziffer a) DSGVO

HIERMIT erkläre ich, .....

(Patient / Erziehungsberechtigter) mich damit einverstanden, dass Heilpraktikerin Anne Kelz meine Daten / die Daten meines Kindes zur Erstellung der Buchhaltung an die von ihr beauftragte Steuerkanzlei weitergereicht werden dürfen.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, mit Heilpraktikerin Anne Kelz per E-Mail in Kontakt zu treten, um Termine zu vereinbaren. Personenbezogene Daten (z. Bsp. Befunde, Diagnosen) werden von Heilpraktikerin Anne Kelz nicht per E-Mail versendet.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile.

### Einwilligung Patientenaufklärung

#### Individuelle Risikofaktoren des Patienten:

.....  
.....  
.....  
.....

#### Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

.....  
.....  
.....  
.....

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gem. vorgelegtem Text durch die behandelnde Osteopathin 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.

.....

Datum / Unterschrift (der Eltern)



**Anne Kelz - Heilpraktikerin**  
Osteopathie



Anne Kelz  
Osteopathie

### Fragebogen Jugendlicher / Erwachsene

Selbstverständlich unterliegen diese Informationen der Schweigepflicht

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Familienstand:** \_\_\_\_\_ **Kinder:** \_\_\_\_\_

**Hobby/Sport:** \_\_\_\_\_

**Was ist der Grund für eine osteopathische Behandlung?** \_\_\_\_\_

**Seit wann bestehen die Beschwerden?** \_\_\_\_\_

**Wo sind die Beschwerden genau?** \_\_\_\_\_

**Gab es einen Auslöser?** \_\_\_\_\_

**Stärke der Schmerzen (Skala 1-10, 1 am geringsten, 10 am stärksten)** \_\_\_\_\_

**Wie heißt Ihr Hausarzt?** \_\_\_\_\_

**Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Warum?** \_\_\_\_\_

**Wurden Erkrankungen diagnostiziert oder gab es Störungen am Bewegungsapparat? Welche?** \_\_\_\_\_

**Habe Sie Therapien erhalten?** \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente? Wofür, welche, seit wann?** \_\_\_\_\_

**Wurden Sie operiert? Woran und wann?** \_\_\_\_\_

**Hatten Sie schwere Unfälle / Brüche?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien und / oder Unverträglichkeiten? Welche?** \_\_\_\_\_

**Beschwerden mit Herzen, Lunge, Urogenital- oder Verdauungstrakt?** \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie? Bestehen Probleme mit Augen / Ohren / Kiefer?** \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie zur Behandlung vorhandene ärztliche Befunde und Röntgen-, bzw. MRT- Bilder mit.**



Anne Kelz - Heilpraktikerin  
Osteopathie