

# Anmeldung und Patientenaufklärung

Physiotherapie A.Fischer-Pifrement Ulrich von hatten Straße 36 18069 Rostock

*Praxisname und Anschrift*

**Behandelnder Therapeut:**

## Patientendaten:

Patient:	
Geburtsdatum:	
Erziehungsberechtigte:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Beruf:	
Tel.-Nr. privat evtl. Handy-Nr.:	
Tel. beruflich:	
E-Mailadresse:	

Für eine korrekte Rechnungserstellung, bitten wir Sie um genaue Angaben zu Ihrer Krankenversicherung. Eine rückwirkende Rechnungsänderung ist nicht möglich. Daher bitte Änderungen der Versicherung vor Behandlungsbeginn mitteilen.

Krankenkasse (bitte ankreuzen)	Name der Krankenkasse
Gesetzliche Krankenkasse	
Gesetzliche Krankenkasse + <i>Beihilfeerstattung</i>	
Gesetzliche Krankenkasse + <i>privater Zusatzversicherung</i>	
Private Krankenversicherung	
Beihilfe + <i>privater Krankenversicherung</i>	
Postbeihilfe	

Ihre Termine sind bis spätestens einen Arbeitstag 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abzusagen. Andere Patienten sind dankbar. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in voller Höhe in Rechnung gestellt. Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes. **Unabhängig von der Erstattung Ihrer Krankenversicherung ist das Honorar in jedem Fall vollständig zu begleichen.**

**Osteopathie ist** eine besondere Form der Untersuchung und Behandlung von schmerzhaften sowie auch symptomfreien Störungen der Muskel-, Gelenk-, Nerven- und Organfunktionen. Mit Hilfe der Osteopathie können sowohl akute als auch chronische Beschwerden therapiert werden. Es wird nicht nur das Krankheitsbild bzw. die Symptome an sich behandelt, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit. Auch bei unten genannten Gegenanzeigen ist eine eingeschränkte Behandlung möglich, sofern eine korrekte medizinische/ärztliche Abklärung vorangegangen und der Osteopath informiert ist.

**Die Osteopathie wird vor allem angewandt bei:**  
Erkrankungen, Problemen und Funktionsstörungen

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

**Ziel der Therapie ist immer die Wiederherstellung und Stärkung des Gleichgewichtes der Körperfunktionen**

**Risiken der Untersuchung und Behandlung:**

Als kurzfristige vorübergehende Reaktionen können auftreten:

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

**Als Gegenanzeigen zu nennen sind:**

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

**Schwerwiegende 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.

**Individuelle Risiken des Patienten:** \_\_\_\_\_

**Therapeutische Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:**

- Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich durch \_\_\_\_\_ gemäß obigen Text über die Untersuchung und Behandlung mittels Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. **Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.** Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. den Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen.
- Ich verzichte auf die Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung mittels Osteopathie.
- **Ich bin wirtschaftlich über Preise in Höhe von \_\_\_\_\_ belehrt worden und auch über meine persönliche Zahlungspflicht.**

Datum

Unterschrift

