



Befundbogen/ Behandlungsvertrag

Name		Vorname	
geb. am		Strasse, Hausnr.	
PLZ/Wohnort		Beruf/ Tätigkeit	
Hausarzt/-ärztin		Telefon	

Aktuelle Beschwerden/ Symptome/ seit wann: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Allergien			Hauterkrankungen			Krebs			Frühere Erkrankungen		
Schlaganfall			Gefäßerkrankungen			Infektionen			Geburten		
Arteriosklerose			Gerinnungsstörungen			Narben			Autoimmunerkrankungen		
Herzinfarkt			Osteoporose			Unfälle/Operationen			Schwangerschaft		

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

Medikamenteneinnahme: ( Blutverdünner, Cortison, starke Schmerzmittel etc. ) \_\_\_\_\_

Dieses Formular stellt einen **Behandlungsvertrag** dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

Honorar pro Therapieeinheit Osteopathie/ Physiotherapie ( 25 min ) 40,00 €

Honorar pro Doppeltermin ( 50 min ) 80,00 €

**Zahlung:** Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise, sowie das oben genannte Honorar an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder persönlich ( keine SMS/ oder E-mail ) abgesagt werden müssen. Nicht wahrgenommene Termine werden privat in Rechnung gestellt. Die Höhe der Ausfallgebühr richtet sich nach dem Wert der versäumten Behandlung.

**Datenweitergabe:** Die Information zum Datenschutz ( Stand 25.05.2018 ) - Aushang in der Praxis und auf der Webseite – habe ich zur Kenntnis genommen.

**Haftung:** Die Haftung der Praxis für Osteopathie und Physiotherapie- Maren Liebert für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen.

**Aufklärung:** Die behandelnde Therapeutin hat zudem über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartender Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführende Behandlungsmaßnahme ein. Die vorstehenden Daten sind richtig.

X	X
Ort, Datum	Unterschrift des/ der Patienten/in