

Praxis für Osteopathie & Physiotherapie Maren Stellamanns Rembertstrasse 28 28203 Bremen

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____ Beruf/ Tätigkeit: _____

Telefon: _____ Rechnungsempfänger/ in, falls abweichend: _____

Hausarzt/ ärztin: _____ bisher konsultierte Fachärzte/ innen, Therapeuten/ innen _____

Aktuelle Beschwerden/ Symptome: _____

Beginn der Beschwerden/ Symptome: _____

Schwangerschaft: wenn ja, seit wann? _____

Medikamenteneinnahme: (Blutverdünner, Cortison, starke Schmerzmittel etc.) _____

Allergien: Ja ___ Nein ___ Arteriosklerose: Ja ___ Nein ___ Osteoporose: Ja ___ Nein ___ Krebs: Ja ___ Nein ___

Schlaganfall: Ja ___ Nein ___ Herzinfarkt: Ja ___ Nein ___ Gerinnungsstörungen: Ja ___ Nein ___ Infektionen: Ja ___ Nein ___

Offene Wunden: Ja ___ Nein ___ Hauterkrankungen: Ja ___ Nein ___ Gefäßerkrankungen: Ja ___ Nein ___

sonstige: _____

Besondere Belastung: (Beruf/ Familie/ Freizeit etc.) _____

Vorbefunde: (Unfälle/ Operationen) _____

Frühere Erkrankungen: _____

Schwangerschaften/ Geburten: _____

Infektionskrankheiten: _____

Bisherige Therapien: _____

Die vorstehenden Daten sind richtig, die Leistungsübersicht konnte ich in schriftlicher Form einsehen (s. Aushang)

Ort

Datum

Unterschrift Patient/ in

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

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

Name

Vorname

Geb.datum

- Honorar pro Therapieeinheit Osteopathie/ Physiotherapie (25min)

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.

X _____
Unterschrift des/ der Patient/-in oder des/ der gesetzlichen Vertreters/-in

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

X _____
Unterschrift des/ der Patient/-in oder des/ der gesetzlichen Vertreters/-in

Haftung: Die Haftung der Physiotherapeutischen Praxis/ Naturheilkunde Maren Stellamanns für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen.

X _____
Unterschrift des/ der Patient/-in oder des/ der gesetzlichen Vertreters/-in

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.

X _____
Ort, Datum

X _____
Unterschrift des/ der Patient/-in oder des/ der gesetzlichen Vertreter-s/-in