



Aufnahmebogen

Pat.-Name, Vorname _____ geb. _____

bei Kindern: Erziehungsberechtigter/Versicherter:

Name*, Vorname* _____ geb. _____

Str./Hausnr.* _____

PLZ, Wohnort* _____

Tel.-nummer*: _____ eMail* _____

Krankenversicherung: privat ☐ gesetzlich ☐ ggf: Zusatzvers. für Osteopathie ☐

Haus- oder Kinderarzt: _____

**- bitte unbedingt für die weitere Kontaktaufnahme ausfüllen.*

Sie werden Ihre Rechnung per eMail erhalten. Wenn Sie hiermit nicht einverstanden sind, sprechen Sie mich bitte direkt an.

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich (Name, Vorname) _____

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Riedel, meine Patientendaten/die Daten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/ Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters



Informationen zur Osteopathie-Sprechstunde

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen

Liebe Patientinnen, liebe Patienten, liebe Eltern,

Sie oder Ihr Kind werden in meiner Praxis über die üblichen schulmedizinischen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren hinaus mit weiteren Therapieformen (z.B. Osteopathie) behandelt.

Es handelt sich hierbei um zum Teil sehr zeitaufwändige therapeutische Maßnahmen, die einer jahrelangen Zusatzausbildung bedürfen. Die Leistungen werden in Anlehnung an die Empfehlungen der osteopathisch-manualmedizinischen Fachgesellschaften und des BDOÄ (Berufsverband Deutscher Osteopathischer Ärztegesellschaften e. V.) / Stand: September 2015) gemäß §2 der Gebührenordnung privat in Rechnung gestellt.

Alle ärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte zu den dort üblichen Steigerungssätzen abgerechnet und müssen infolgedessen vom Patienten privat bezahlt werden.

Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der privaten Krankenkassen enthalten sind, müssen gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte als sog. Analogziffern in Rechnung gestellt werden. Bei Privatpatienten übernehmen in der Regel die Krankenkassen diese Leistungen. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gegeben.

Die Liste der üblichen analogen Abrechnungsziffern sowie der zu erwartenden Kosten wurde Ihnen vorgelegt.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass bei mir / meinem Kind eine der vorgenannten Behandlungen sinnvoll ist. Über alternative Behandlungsmöglichkeiten fühle ich mich ausreichend informiert.

Ich willige ausdrücklich in eine privatärztliche Behandlung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ein.

Die Unterschrift dokumentiert Ihr Einverständnis zur privatärztlichen Behandlung (gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen) im Sinne eines Behandlungsvertrages.

Name des Patienten

Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie: Die Warteliste mit zum Teil sehr bedürftigen Patienten ist lange. Eine Absage vereinbarter Termine sollte nur in dringenden Fällen, muss spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werde ich Ihnen privat in Rechnung stellen!



Liebe Eltern,

bei Ihrem Kind wurden Funktionsstörungen im Muskel-Skelett-System, im sog. kraniosakralen System bzw. im sog viszerale System (innere Organe) festgestellt oder befürchtet.

Die folgenden Zeilen sollen sie zunächst einmal beruhigen. In aller Regel handelt es sich hierbei um gut behandelbare, meist harmlose Störungen, welche die Entwicklung Ihres Kindes normalerweise nur solange beeinträchtigen, solange sie unbehandelt sind.

Funktionsstörungen der Körpergewebe– Was ist das?

Die Muskulatur, die Gelenkkapseln und sonstige Bänder (auch im Bauchraum) sind wegen der vielen Nervenendigungen, die sie beherbergen und die dem Gehirn eine ständige Rückmeldung zur sog. Körperereigniswahrnehmung übermitteln, besonders an der Bewegungs- und Haltungssteuerung des Menschen beteiligt.

Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Muskulatur des Kopf-Hals-Überganges. Hier werden wesentliche Nervenströme positiv, aber im ungünstigen Fall auch negativ beeinflusst. Eine Fehlfunktion dieser Region an der Halswirbelsäule (z.B. eine Blockierung) oder am Schädel kann negativen Einfluss auf die gesamte körperliche Reifung ausüben.

Folgen solcher Funktionsstörungen beim Säugling können zum Beispiel eine Schiefhaltung des gesamten Kindes sein, oder eben isoliert des Halses oder auch oft eine Überstreckung der Wirbelsäule. Andere mögliche Symptome sind die Weigerung Ihres Kindes, sich auf beiden Seiten stillen oder füttern zu lassen. Gelegentlich schreit das Kind häufiger oder lässt sich schlecht beruhigen.

Wie und wie oft wird behandelt?

Viele Wege führen nach Rom! Die Entscheidung zur besten Therapie werde ich konkret mit Ihnen bei der Untersuchung besprechen.

- Die **Atlasterapie nach Arlen** besteht aus einer Folge kurzer schmerzfreier Fingerdruckimpulse auf den Querfortsatz des 1. Halswirbelkörpers (sog. Atlas). Das Besondere ist die hohe Geschwindigkeit dieses Impulses bei geringer Kraft aus einer bestimmten Richtung.
Die Atlasterapie ist keine Gelenkbehandlungstechnik, also keine Manipulationstechnik mit dem typischen „Knackgeräusch“. Sie ist -von einem Fachmann ausgeführt- ungefährlich und schmerzfrei.
- Mit Techniken aus dem großen Feld der **Osteopathie** (z.B. myofaszielles Lösen, Kranio-sakraltherapie und andere) sind Funktionsstörungen des Bewegungssystems ebenfalls behandelbar. Auch diese Behandlungstechniken sind ungefährlich und schmerzfrei, so dass zusammenfassend bei Ihrem Kind ausschließlich –nach jetzigem Kenntnisstand- risikolose Therapieformen zum Einsatz kommen.

Das Behandlungsergebnis

Das Kind sollte nach der Behandlung in der Regel ca. 2-3 Wochen Zeit haben, um sich auf die veränderten Haltungs- und Bewegungsmöglichkeiten einzustellen. Es kann durchaus bis zu 3 Wochen dauern, bis Sie einen Behandlungseffekt erkennen können.

Zu den Kosten der Behandlung:

Die Kosten der Behandlung liegen je nach therapeutischem Aufwand bei ca. 90 - 120 €.

Privatkassen übernehmen die hier erbrachten Leistungen üblicherweise, die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen nach Rechnungsstellung häufig einen Anteil, wenn Sie dies dort mit der beigelegten Rechnung- beantragen.

Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der **privaten Krankenkassen** enthalten sind, müssen gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte als sog. Analogziffern in Rechnung gestellt werden (s. Infobogen „Abrechnungsempfehlungen“).

Wenn Leistungen erbracht werden, werden sie nach dieser Liste berechnet. Bei Privatpatienten übernehmen in der Regel die Krankenkassen diese analog abzurechnenden Leistungen. Eine Kostenübernahme ist aber möglicherweise nicht in vollem Umfang gegeben.

Die Unterschrift dokumentiert Ihr Einverständnis zur privatärztlichen Behandlung (gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen) im Sinne eines Behandlungsvertrages.

Bitte zutreffendes ankreuzen

- ☐ Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen **und bin mit der Behandlung einverstanden**
Ich wünsche hierzu ein zusätzliches Gespräch ☐ ja / ☐ nein
- ☐ Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, **willige aber in eine Behandlung nicht ein**

Name des Patienten

Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie: Unsere Warteliste mit zum Teil sehr bedürftigen Patienten ist lange. Eine Absage vereinbarter Termine sollte nur in dringenden Fällenerfolgen, muss spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung erfolgt sein. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werde ich Ihnen privat in Rechnung stellen!