



Sascha Techant
Heilpraktiker
Brunnwiesenstr. 9
73760 Ostfildern

Tel.: 0711 - 94562108
Mobil: 0179 - 2585128
Mail: info@heilpraxis-techant.de
Web: www.heilpraxis-techant.de

(Stand 13.10.2021)

Behandlungsvertrag zwischen Heilpraxis Techant und

(Elternteil bei Kinderbehandlung) Herr Frau Kind (bis 14 Lj.)

Name, Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ und Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon / Mobil	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Datenschutz: Hiermit willige ich der Verarbeitung, Erhebung und Speicherung meiner Daten im Umfang der **Datenschutzerklärung** ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung **freiwillig** gebe, allerdings kann ohne Zustimmung keine Behandlung erfolgen.

2. Patientenaufklärung / AGB's: Ich habe die Patientenaufklärung /AGB's verstanden und willige den Bedingungen ein.

3. Honorar- und Ausfallvereinbarung: Ich habe die Gebühren sowie die Ausfallvereinbarung zur Kenntnis genommen und willige ein.

4. Kommunikation: Hiermit erteile ich meine Erlaubnis zur Kontaktaufnahme zu Themen wie Terminvereinbarungen, Rücksprachen, Rechnungen, etc. über Email, Telefon oder SMS.

Ich möchte den Praxis Newsletter erhalten, um über aktuelle Themen und Angebote der Praxis auf dem Laufenden gehalten zu werden.

5. Bedenkzeit:

Ich **verzichte** auf eine Bedenkzeit von 24 Stunden für eine Behandlung und möchte sofort behandelt werden.

6. Einwilligung Behandlung: Ich willige dieser und folgenden Behandlungen ein.

Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft schriftlich oder per Mail widerrufen.

Ort Datum Unterschrift Patient(in)
(ggf. Erziehungsberechtigter)

Anamnesebogen

Allgemeine Angaben

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch

Beruf

Sport (wie oft, Sportart)

Schwangerschaft (Woche)

Name und Adresse des Hausarztes

Krankenversicherung:

Gesetzlich (Selbstzahler)

Beihilfe

Privat bei

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei

Angaben zu aktuellen Beschwerden

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Kieferbeschwerden
<input type="checkbox"/> HWS – Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/> BWS - Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/> LWS – Lendenwirbelsäule
<input type="checkbox"/> Becken / Leiste	<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/> Ellenbogen
<input type="checkbox"/> Handgelenke	<input type="checkbox"/> Daumen	<input type="checkbox"/> Knie
<input type="checkbox"/> Sprunggelenke	<input type="checkbox"/> Füße	<input type="checkbox"/> Schleimbeutelentzündung (Bursitis)
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen (Taubheit, Kribbeln,...)
<input type="checkbox"/> Sonstige Beschwerden:		

Seit wann haben Sie dieses Problem?

Tagen Wochen Monaten Jahren

Haben Sie schon andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht? Ja Nein

Haben bereits Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT,...)? Ja Nein

Allgemeine Angaben

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> frische, nicht verheilte Frakturen | <input type="checkbox"/> Zahnsperre / Gebiss | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> frische Operationen | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> Muskel - Sehnen – Bänderriss | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Knochentuberkulose | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa | <input type="checkbox"/> Sarkoidose |
| <input type="checkbox"/> Tumore / Metastasen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates | <input type="checkbox"/> Lupus Eryth. |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Knochenkrankheiten (Glas, Marmor) | <input type="checkbox"/> Borreliose |
| <input type="checkbox"/> Hämophilie (Blutungsneigung) | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Ischialgie | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Kortisontherapie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> M. Crohn |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenschäden | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Andere Erkrank. |

Erläuterungen

Schuhelagen mit Absatzerhöhung links rechts

Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel (welche, wofür?):

Ort Datum Unterschrift Patient(in)
(ggf. Erziehungsberechtigter)