

# Wie ein Fisch im Wasser



Wie ein Fisch im Wasser · Praxis für Ergotherapie  
Anja Müller-Bouß · An der Zikkurat 4 · 53894 Mechernich

## Osteopathische Behandlung - Anamnese / Fragebogen & Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

um die Behandlung so individuell wie möglich auf Sie abstimmen zu können, wird eine ausführliche Anamnese erhoben.

Ein Teil dieser Anamnese ist der Fragebogen über Ihre Gesundheits- und Krankheitsgeschichte.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen vor Ihrer ersten Behandlung aus.**

So können Sie ihn in aller Ruhe ausfüllen und zur ersten Behandlung mitbringen.

Mit freundlichen Grüßen und bleiben Sie gesund!

Anja Müller-Bouß & Praxis Team

### **Anlagen:**

- PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ
- OSTEOPATHISCHE BEHANDLUNG - ANAMNESE / FRAGEBOGEN
- BEHANDLUNGSVERTRAG – Osteopathische Behandlung

# Wie ein Fisch im Wasser



Seite 2

## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient: \_\_\_\_\_  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Wie ein Fisch im Wasser – Praxis für Ergotherapie und Osteopathische Behandlungen - Anja Müller-Bouß  
An der Zikkurat 4, 53894 Mechernich, Tel. 0176 22689201, E-Mail: wieinfischimwasser@mail.de

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2 – 4, 40213 Düsseldorf.

### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

**Hiermit versichert der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten zuzustimmen und über die Datenverarbeitung und seine Rechte belehrt worden zu sein**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Wie ein Fisch im Wasser



## OSTEOPATHISCHE BEHANDLUNG - ANAMNESE / FRAGEBOGEN

### Patientenangaben:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Straße, Hausnr:	Ort:
Telefon (privat):	Telefon (mobil):
E-Mail:	Krankenkasse:

### Krankheitsgeschichte:

Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes etc.) oder wichtiger Organe (Kreislauf, Herz, Lungen, Nieren, Leber, Verdauungssystem, Schilddrüse etc.) bekannt/Systemerkrankungen?  Ja  Nein

Besteht eine Bluterkrankung oder erhöhte Blutungsneigung? (z.B. blaue Flecke oder Nasenbluten etc.)  Ja  Nein

Bestehen akute/chronische Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV etc.)?  Ja  Nein

Besteht eine Allergie/Unverträglichkeit?  Ja  Nein

Hatten Sie schon mal eine Thrombose?  Ja  Nein

Hatten/haben Sie Tumore/Metastasen?  Ja  Nein

Haben Sie Osteoporose?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente?  
Wenn ja, welche, wofür?  Ja  Nein

Wurden Sie schon mal operiert (auch Blinddarm, Galle, Gelenkoperationen, Zähne)?  
Wenn ja, was? Wann?  Ja  Nein

Hatten Sie Unfälle oder Knochenbrüche?  
Wenn ja, welche? Wann?  Ja  Nein

Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenschaden?  
Wenn ja, wo? Seit Wann?  Ja  Nein

# Wie ein Fisch im Wasser



Seite 4

Treiben Sie Sport?

Wenn ja, welchen? Wie oft pro Woche?

Ja

Nein

Welche Hobbys haben Sie?

Ja

Nein

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Vertragen Sie alle Speisen (fettige, scharfe Speisen, Fleisch...)?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Sodbrennen?

Ja

Nein

Schlafen Sie nachts gut ein und durch?

Ja

Nein

Haben Sie Beschwerden beim Wasser lassen? (Schmerz oder Häufigkeit)

Ja

Nein

## **Bei Frauen:**

Leiden Sie unter Regelbeschwerden?

Ja

Nein

Haben Sie sonstige Befunde wie Myome oder Zysten?

Ja

Nein

Könnten Sie gerade schwanger sein?

Ja

Nein

Waren Sie schon mal schwanger?

Ja

Nein

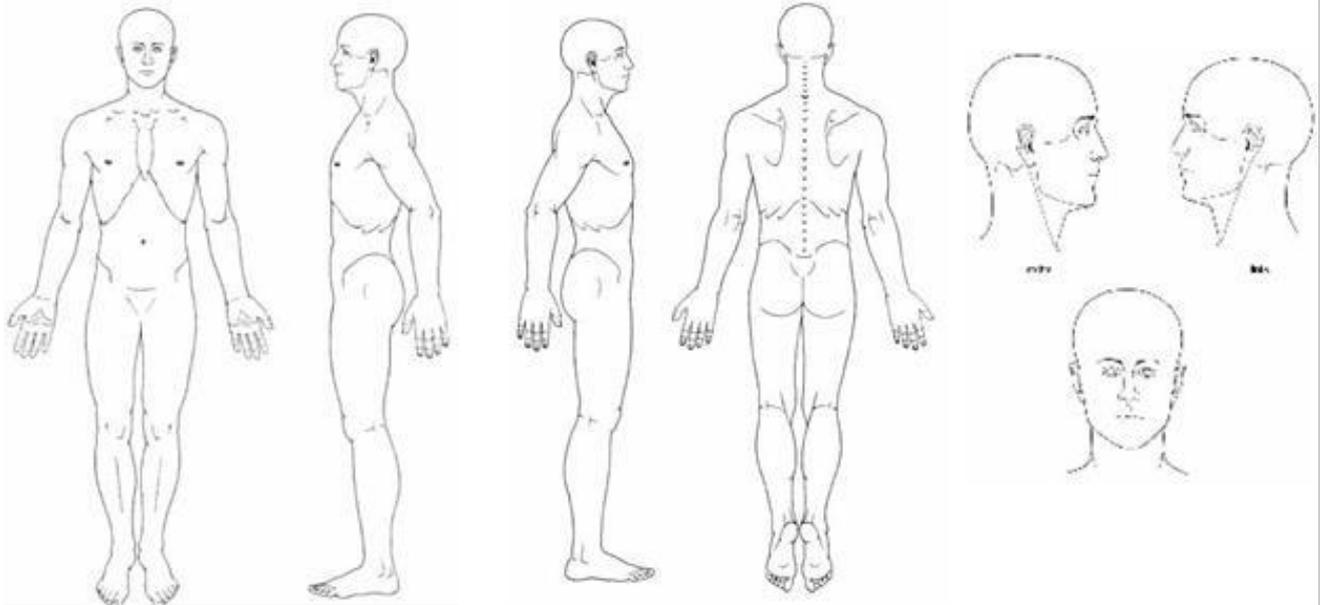
Verhüten Sie, wenn ja wie?

Ja

Nein

## Schmerzen und Narben

Bitte eintragen: Schmerzort, Ausstrahlung schraffiert, Narben. Bitte tragen sie dazu die Intensität ein.



Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)

# Wie ein Fisch im Wasser



## BEHANDLUNGSVERTRAG – Osteopathische Behandlung

zwischen Wie ein Fisch im Wasser – Praxis für Ergotherapie und Osteopathische Behandlung Anja Müller-Bouß, An der Zikkurat 4, 53894 Mechernich

und

Herrn/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

ggf. Name des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Telefon privat/dienstlich \_\_\_\_\_

Hausarzt / überweisender Arzt \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) / Private Krankenversicherung (Privat)

GKV: Von der gesetzlichen Zuzahlung  befreit  befreit bis \_\_\_\_\_  nicht befreit  
Privat: Beihilfempfänger  ja  nein

1. Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag: Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Behandlung des Patienten. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung gilt bis auf weiteres.

2. Sollten Sie einen **Termin nicht einhalten können**, sagen Sie den Termin **mindestens 24 Stunden vorher ab**, damit der Termin anderweitig belegt werden kann. Andernfalls sind wir berechtigt eine **Ausfallgebühr in Höhe des Therapiesatzes Ihnen privat in Rechnung zu stellen**.

3. Bitte beachten Sie, dass unsere **Aufsichtspflicht** für Ihr Kind **nur für den vereinbarten Therapiezeitraum** gültig ist.

4. Als **Honorar** für eine **osteopathische Behandlung** wird unabhängig von der Länge der Behandlung (meist 60 Minuten) ein Betrag von **87,50€** vereinbart. Die Dauer der tatsächlichen Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Das Honorar ist **unmittelbar fällig** und innerhalb von **7 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen**. *Preisänderungen vorbehalten!*

5. Der **Patient** hat die **Erstattbarkeit** mit der **eigenen Krankenversicherung selbst vor der ersten Behandlung abzuklären**. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und der Praxis Wie ein Fisch im Wasser unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht. (Ausbildungsstand Anja Müller-Bouß: hat eine osteopathische Ausbildung von 1.315 Ausbildungsstunden an der Osteopathie Schule Deutschland (Mexikoring 19, 22297 Hamburg, Tel: +49 (0) 40 644 15 69 0) im Zeitraum vom 01.03.2013 – 06.07.2019 absolviert. Eine entsprechende Bescheinigung kann ausgestellt werden.)

Mit meiner **Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis**, mich an die oben genannten Vereinbarungen zu halten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)