

Hiermit erkläre ich,

(Patient/in: Name, Vorname, Geburtsdatum)

dass ich bei Herrn Rachold die privatärztliche Behandlung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Leistungen der Osteopathischen Medizin mit Analogabrechnung gemäß Rückseite und Anlage (Leistungsverzeichnis Osteopathie) wünsche.

1. Ich bin privat krankenversichert ohne/mit Beihilfeberechtigung und akzeptiere die volle Honorarhöhe mit dem Schwellenwert 2,3 bzw. 1,8 sowie bei Begründung die Steigerung mit dem Faktor 3,5 bzw. 2,5.
Ich bin bereit, einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet/erstatten.
2. Ich bin privat krankenversichert, habe jedoch einen besonderen Tarif (Basistarif, Standardtarif oder andere Sondertarife) mit nachfolgend festgelegten Steigerungssätzen: Siehe Anlage (Abdingung) oder bis Max. : _____
Bei besonderer Behandlungsnotwendigkeit bin ich bereit, einen Teil der Kosten selbst zu tragen. Steigerung bis Max. : _____
Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass im Basistarif, Standardtarif und in einigen Sondertarifen nicht alle Leistungen unserer Praxis erstattet werden. Hierzu ist eine gesonderte Vereinbarung (Abdingung) zwischen Arzt und Patient erforderlich.
Siehe Hinweise auf der Rückseite Punkt 1.

Zu 1 und 2. Wir weisen weiterhin darauf hin, dass wir keine Behandlungsverträge abschließen bei abgetretenen Zahlungspflichten der Patienten an Ihrer Versicherer, es sei denn, dass der Patient im Falle unseres Behandlungsvertrages ausdrücklich erklärt, die Zahlungsverpflichtung aus diesem Vertrag zu erfüllen.

3. Ich bin privat krankenversichert (Selbstzahler) und bezahle die gesamte Behandlung ohne einen Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger selbst.
Das Honorar wird mit ca. € _____ pro Behandlung (Durchschnitt/Maximum) vereinbart. Ich wünsche die Berücksichtigung folgender sozialer Härtesituation:

Bitte ankreuzen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Keine Sonderregelung | <input type="checkbox"/> Student |
| <input type="checkbox"/> Kind | <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schüler | <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger |
| <input type="checkbox"/> Azubi | <input type="checkbox"/> Rentner mit geringem Einkommen |
| | <input type="checkbox"/> sonstige |

4. Ich bin nicht privat krankenversichert, habe aber einen Erstattungsanspruch gegenüber einem sonstigen Kostenträger (Unfall-, Haftpflichtversicherung o.ä.) und akzeptiere die volle Honorarhöhe wie ein privat versicherter Patient gemäß Punkt 1.

Die Hinweise auf der Rückseite dieses Vertrages sind Vertragsbestandteil und wurden von mir zur Kenntnis genommen und verstanden.

Ich wünsche folgende besondere Vereinbarung:

Rostock, den _____

(FA W. Rachold)

(Patient/in)

*Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes ggf. streichen.

1. Osteopathie
Die Behandlung beinhaltet osteopathische Untersuchungen und Behandlungen. Die Abrechnung der osteopathischen Leistungen erfolgt nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für osteopathische Medizin mit analogen GOÄ-Ziffern (siehe Anlage). Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Osteopathie keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist und dort auch nicht erstattet werden kann. Weiterhin wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht alle privaten Kostenträger (Beihilfe, private Krankenversicherung u.a.) die osteopathischen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen problemlos erstatten. Die Mehrheit der privaten Kostenträger erstattet die analog (nach § 6 Abs. 2 der GOÄ) abgerechnete Osteopathie-Leistungen ohne Probleme. Ein kleiner Teil der Kostenträger bezahlt diese Leistungen jedoch nicht oder nur teilweise. Es lohnt sich in jedem Falle, einen begründeten Widerspruch gegen diesbezügliche Leistungskürzungen einzulegen, bei dem wir Sie selbstverständlich unterstützen (Argumentation zur Osteopathie auch mit Hilfe der Fachgesellschaft, eventuell Einzelfallbegründung). Möglicherweise entsteht durch die von Ihnen gewünschte bzw. bei Ihrem Krankheitsbild notwendige (ganzheitlich orientierte) osteopathische Behandlung ein finanzieller Eigenanteil, den Sie selbst im Sinne der Investition in Ihre Gesundheit tragen. Weitere Informationen zur Osteopathie erhalten Sie in der Praxis.
2. Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
Mit Wirkung vom 01.01.2008 tritt das neue Versicherungsvertragsrecht in Kraft. Danach werden die privaten Krankenversicherungen eine noch intensivere Rechnungsprüfung vornehmen. Die privaten Krankenversicherungen erhalten mit diesem Gesetz neue Befugnisse und Rechte, die u.a. Beratung der Versicherten in Bezug auf die ärztliche Behandlung, die Art und Weise der Behandlung, die Behandlungskosten und die Dauer bzw. Häufigkeit der Behandlung beinhalten. Es ist damit zu rechnen, dass die Zahl der von den privaten Krankenversicherungen beanstandeten Arztrechnungen und damit die Widerspruchsverfahren zunehmen werden. Bitte teilen Sie uns mit, wenn mit Ihrer privaten Krankenversicherung Probleme bei der Erstattung unserer Rechnungen auftreten. Wir unterstützen Sie bei der Suche nach einer für alle Beteiligten (Patient, Versicherung, Arzt) akzeptablen Lösung.
3. Es wurden über das Bestellsystem in unserer Terminpraxis informiert:
Bei unentschuldigtem Fehlen und/oder nicht rechtzeitiger Absage kann es von Seiten der Praxis zur Forderung einer Terminausfallgebühr (Schadenersatz) in Höhe eines durchschnittlichen Behandlungshonorars (mindestens 50 Euro) kommen, da einem anderen Patienten die Chance für eine Behandlung genommen wird und der Arzt Leerlauf haben kann, wenn kein Ersatzpatient kommen kann.
Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin kann die volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden.
4. Änderungen:
Bitte informieren Sie uns rechtzeitig über Änderungen der Adresse, Wechsel der Versicherung und andere für die Abrechnung und die ärztliche Betreuung wichtige Daten.
5. Vertragsänderungen sind von beiden Seiten jederzeit möglich, jedoch nicht rückwirkend.

Gelesen: _____ Datum: _____
(Unterschrift Patient/in)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, den nachfolgenden Fragebogen (freiwillig) auszufüllen. Sie können bei Bedarf auch gerne ein weiteres Blatt benutzen. Damit ist eine rasche Klärung Ihres Anliegens möglich. Wir können mit Ihnen dann beraten, wie die weiteren Untersuchungen und Behandlungen in unserer Praxis gestaltet werden können. Unklarheiten können mit unserem Praxisteam besprochen werden.

In der Arztkonsultation werden Ihre Angaben gezielt ergänzt. Alle Angaben werden als Bestandteil Ihrer Krankenakte gemäß den Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

Wir bitten Sie, Ihren Namen auf jedem Blatt zu notieren.

1. Allgemeine Daten

Bitte zutreffendes ankreuzen

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Geb. Datum: _____
Telefon: _____
Beruf: _____

Ausübende Tätigkeit:

- selbstständig Beamter Angestellt. arbeitslos Rentner
 ABM Schüler Student Azubi Wehrdienst
 Zivildienst

Familienstand:

- Kind ledig verheiratet geschieden verwitwet
 Lebensgemeinschaft

Größe: _____ cm; Gewicht: _____ kg
Hausarzt: _____
Überweiser: _____

2. Körperliche Beschwerden

Bitte zutreffendes ankreuzen

- Schmerzen:

- Gesicht Kopf Nacken Brustwirbel
- Rippen Rücken Schulter-Arm-Hand links
- Schulter-Arm-Hand rechts Lendenwirbelsäule
- Becken/Steißbein Beine -Füße links
- Beine -Füße rechts Muskelschmerzen
- Gelenkschmerzen Schulter re. Schulter li.
- Ellenbogen re. Ellenbogen li. Handgelenk re.
- Handgelenk li. Hüfte re. Hüfte li. Knie re. Knie li.
- Fußgelenk re. Fußgelenk li. sonstige Schmerzen
- keine Schmerzen

- Gefühlsstörung / Taubheitsgefühl / Missempfindungen

- Gesicht Kopf Schulter re./li. Arm re./li.
- Hand re./li. Rumpf Beckenbereich Beine re./li.
- Füße re./li.
- sonstige Störung dieser Art keine Störung dieser Art

- Kraftminderung / Lähmung

- Schulter re./li. Arm re./li. Hand re./li. Beine re./li.
- Füße re./li. sonstige Minderungen keine Minderungen

- Sonstige Störungen

- Übelkeit Erbrechen Schwindel
- Ohrgeräusche (Tinnitus)
- Hörstörungen Sehstörungen

Name: _____ Vorname: _____

Jetzige Beschwerden:

- Bewegungseinschränkungen:

- Wirbelsäule Hals Körper (Rumpf)
- Schulter-Arm-Hand-Gelenke re./li.
- Hüfte-Knie-Fuß-Gelenke re./li.
- keine Bewegungseinschränkungen

- sonstige körperlichen Beschwerden:

- Psychische Beschwerden und Probleme:

- Störungen von Gedächtnis Merkfähigkeit
 - Traurigkeit Konzentration Ausdauer Lernfähigkeit
 - Depressionen Schlafstörungen Appetitlosigkeit
 - Stimmungsschwankungen keine derartigen Beschwerden
 - Probleme in der Familie
 - Probleme mit dem Partner
 - Probleme am Arbeitsplatz
 - Sonstige: _____
 - keine derartigen Probleme
 - sonstige psychische Beschwerden: _____
- _____

- Seit wann bestehen Ihre wesentlichsten Beschwerden und wie treten sie auf?

- seit einigen Tagen seit Wochen seit Monaten
- seit Jahren
- seit (bitte genaues Datum eintragen): _____
- nicht genau zu klären
- akut chronisch zeitweilig ständig
- wechselnde Häufigkeit (z.B.: Dauer, Stärke, Körperregion)
- zunehmend gleich bleibend nachlassend

- ist aus Ihrer Sicht eine Ursache für Ihre Hauptbeschwerden bekannt oder zu vermuten?

- Krankheit
wenn ja, welche: _____
seit wann: _____
- Unfall
wenn ja, bitte Unfallanamnese ausfüllen (Seite 9)
- keines von beiden

Name: _____ Vorname: _____

Eigenanamnese

- sind Ihre nachstehend genannten Körperfunktionen in Ordnung?

	Ja	Nein	
Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sexuelle Funktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaflage: _____

- haben oder hatten Sie in folgenden Organen/Organgruppen etc. Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Operationen?

	Ja	Nein	
Herz-Kreislauf-System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungen-Atmungs-System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blut- und Lymphsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewegungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahn-Kiefer-Gesichtsbereich (inkl. Entfernung von Zähnen, Brücken, Kronen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Gicht, Schilddrüsenerkr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutdruck	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> zu niedrig	

Name: _____ Vorname: _____

Eigenanamnese

	Ja	Nein
Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-Harn-System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche:

Frauen: Pille

Letzte Gyn. Untersuchung _____

Schwangerschaften _____

Letzte Vorsorgeuntersuchung _____

(Hausarzt, Urologe, Gynäkologe) _____

Nehmen Sie regelmäßig (oder gelegentlich) Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Trinken Sie Alkohol? nie selten gelegentlich

regelmäßig täglich

welche: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Wie viel? _____

Kaffee? Ja Nein

Schwarzer Tee? Ja Nein

Grüner Tee? Ja Nein

Sonstiger Tee Ja Nein

Zeckenbiss Ja Nein

Allergien Ja Nein

Kinderkrankheiten Ja Nein

Sind Sie zur Zeit: arbeitsfähig arbeitsunfähig

berentet (Rentenantrag) im Vorruhestand arbeitslos

wenn AU, seit wann:

wenn Rente, seit wann:

Name: _____ Vorname: _____

Familienanamnese

Gab oder gibt es ernsthafte Krankheiten in der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder)

Ja Nein

Welche:

Erwartungen

Formulieren Sie bitte Ihr Anliegen und Ihre Erwartungen in unsere Praxis:

- Beseitigung der Beschwerden sofort
- Beseitigung der Beschwerden in wenigen Tagen / Wochen
- Beseitigung der Beschwerden im Laufe der Zeit

- Linderung der chronischen Beschwerden und Verbesserung der Lebensqualität
- Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
- Unterstützung des (laufenden?) Antrages auf Kur, Rente, Schwerbeschädigtenausweis, andere Anträge
-
- Sonstige Erwartungen:

Name: _____ Vorname: _____

Unfallanamnese

Sind Ihre jetzigen Beschwerden nach Ihrer Auffassung hauptsächlich oder allein auf einen Unfall (mehrere Unfälle) zurückzuführen?

Ja Nein

wenn ja,: Unfalldatum: Unfallzeit: Unfallort:

Arbeits- oder Wegeunfall? Ja Nein

wenn ja, Arbeitgeber: Berufsgenossenschaft:
Unfall noch anerkannt?: Ja Nein
Widerspruchsverfahren?: Ja Nein

Bei allen Unfällen: Verkehrsunfall Ja Nein
 Sturz Ja Nein
 Körperverletzung Ja Nein
 Sportunfall Ja Nein
 anderer Unfall Ja Nein

Unfallschilderung:

Schuldfrage: eigen fremd anteilig unklar
waren Sie: Fußgänger Radfahrer PKW/LKW Motorrad
 Beifahrer Insasse

Autokollision von vorn von hinten seitlich

Verletzung Prellung Zerrung Stauchung Polytrauma
wenn ja, wo: _____

Knochenbrüche Ja Nein wenn ja, welche: _____

Innere Verletzungen Ja Nein wenn ja, welche: _____

Sonstige Verletzungen Ja Nein wenn ja, welche: _____

Waren Sie vor dem Unfall gesund und Beschwerdefrei? Ja Nein

Wenn nein, welche: _____

Frühere Unfälle: _____

Ist der Unfall versicherungstechnisch abgeschlossen? Ja Nein

Welche Versicherung ist zuständig? Haftpflicht des Unfallsverursachers
 Eigene Unfallversicherung

Erwarten Sie von mir ein Gutachten? Ja Nein

Gibt es schon andere Gutachten? Ja Nein

Widerspruchs-/Gerichtsverfahren? Ja Nein

Analoge GOÄ Ziffern zur Abrechnung Osteopathischer Leistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Deutsche Gesellschaft für Osteopathische Medizin (DGOM) e.V. hat neue Abrechnungsempfehlungen für osteopathische Leistungen herausgegeben (gültig ab 01.10.2005). Wir führen diese Abrechnung ab dem 01.01.2006 in unserer Praxis ein. Die nachfolgende Tabelle enthält die Abrechnungsvorschläge der DGOM. Zusätzlich verwenden wir weiterhin wie seit vielen Jahren die Analogziffern 846a (Entspannung**) und 3306a für die (Chirotherapie Extremitätengelenke lt. Empfehlung der Bundesärztekammer***) Wir behalten uns die Anwendung weiterer Analogziffern in besonderen Fällen bei Bedarf vor. Wir kombinieren diese Analogabrechnung mit Originalziffern der GOÄ (zu Beratung, Untersuchungen, Chirotherapie u.a.)

GOÄ-Nr.	Leistungslegende Beschreibung der Leistung	Faktor 1,0	Faktor 2,3 (1,8*)	Faktor 3,5 (2,5*)
1A	Ärztl. osteopathische Beratung, auch telefonisch	4,66 €	10,72€	16,32€
5A	Ost. Symptombezogene Untersuchung in einer Körperregion	4,66 €	10,72 €	16,32 €
6A	Ost. Untersuchung der Nieren und Harnwege oder des stomatognathen System	5,83 €	13,41 €	20,40 €
7A	Ost. Untersuchung der Bauchorgane oder der Brustorgane oder des Bewegungssystems	9,33 €	21,44 €	32,64 €
8A	Ost. Ganzkörperstatus	15,15 €	34,86 €	53,04 €
505A	Ost. Behandlung mit Counterstrain am Stamm und/oder den Extremitäten	4,95 €	8,95 €	12,39 €
506A	Ost. Behandlung mit MFR an mehreren Körperregionen	6,99 €	12,59 €	17,49 €
507A	Ost. Behandlung mit MFR an einer Körperregion	4,66 €	8,39 €	11,66 €
510A	Ost. Behandlung mit MET an den Extremitäten	4,08 €	7,34 €	10,20 €
514A	Ost. Behandlung mit funktionalen Techniken am Stamm und/oder den Extremitäten	6,12 €	11,02 €	15,30 €
410A	Ost. Behandlung eines visceralen Organs im Thorax, Bauch oder Becken einschließlich der Aufhängesysteme des Organs	11,66 €	26,81 €	40,80 €
420A	Ost. Behandlung von bis zu 3 weiteren visceralen Organen im Thorax, Bauch oder Becken	4,66 €	10,73 €	16,32 €
714A	Ost. Behandlung craniosacral im Neurocranium und Rumpf, bei Einbeziehung des Viscerocraniums erhöhter Faktor 3,5	10,49 €	24,13 €	36,72 €
846A	Ost. Entspannungsbehandlung mindestens 20 min**	8,74 €	20,11 €	30,30 €
3306A	Chirotherapie Extremitätengelenke***	8,63 €	19,84 €	30,19 €
3306A	Ost. Behandlung der WS ggf. mit Extremitäten mittels MET und/oder HVLA	8,63 €	19,84 €	30,19 €

Diese Information zur Abrechnung wird mit Unterschrift ergänzender Bestandteil unseres Behandlungsvertrages.

Datum

Unterschrift - Patient