

Anmeldebogen

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Adresse:

Straße, Nr.	PLZ	Ort
-------------	-----	-----

Telefonnr.:

Privat	geschäftlich	Handy	E-Mail
--------	--------------	-------	--------

Beruf:

Versicherung

Die GKV erstattet i.d.R. anteilig die Osteopathie.

Wichtiger Hinweis: Lieber Patient, bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich leider bei nicht rechtzeitiger Terminabsage (bis 24 Stunden vorher) eine Ausfallgebühr in Höhe der Behandlungskosten geltend machen muss, da es in den meisten Fällen so kurzfristig nicht möglich ist, Ihren Termin noch an einen anderen Patienten zu vergeben. Neben der Osteopathie kommt regelmäßig auch eine kinesiologische und / oder eine energetische Heilbehandlung zur Förderung der Selbstregulationskräfte in Betracht. Diese kostet jeweils 36.-€ extra. Die Kosten hierfür werden in der Regel nicht von der gesetzlichen / privaten Krankenversicherung übernommen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Alle angefallenen Gebühren können noch in der Praxis per EC-Karte, in BAR entrichtet werden oder Sie überweisen nach der Rückerstattung der PKV oder Zusatzversicherung die vollen Rechnungsbeträge an mich!

Rechtlicher Hinweis

Bitte informieren Sie sich vor Behandlungsbeginn ob und welche Kosten Ihre Krankenkasse übernimmt, da der Behandlungsvertrag grundsätzlich nur zwischen Ihnen, dem Patienten und der Praxis für Osteopathie & energetische Heilbehandlungen, Inh. Michael Komm, zustande kommt. Auch in Fällen, in denen Ihre Krankenkasse zu keiner oder nur zur anteiligen Kostenübernahme verpflichtet ist, liegt die Zahlungspflicht für die Behandlung bei Ihnen / dem Patienten.

Aus rechtlichen Gründen ist es mir leider nicht gestattet, Sie in Bezug auf die Erstattungsfähigkeit der Behandlungskosten zu beraten. Aber Ihre Krankenkasse oder Zusatzversicherung kann und wird Ihnen darüber gerne Auskunft erteilen.

Es ist mir bewusst dass: Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch-wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen, Zusatzversicherungen etc. oder bei einer privaten Krankenversicherung, der Rechnungsbetrag in vollem Umfang zu zahlen ist.

Preise:

Für die Privatpraxis Michael Komm gelten folgende Preise pro Behandlung:

Osteopathie - 45 Minuten zu 75.-€ / Osteopathie - 60 Minuten zu 96.- € (empfohlen)

Osteopathie PLUS 120.-€,

Universelle Kinesiologie 150.-€ und Rückverbindung für beide Sitzungen 232.-€.

Rentner und sozial schlechter gestellte können nach entsprechenden Rabatt nachfragen.

Sie erklären sich mit der Unterschrift unter diesem Praxisbogen ausdrücklich mit allen vorangegangenen Punkten sowie mit der Speicherung der von Ihnen angegebenen Daten einverstanden.

München, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in, ggf. des
Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters

Anschrift	Kontakt	Bankverbindung	Behandlungsmethoden
Praxis Michael Komm	Fon 089 / 54 786 - 355 Fax 089 / 54 786 - 356	Empfänger Michael Komm Stadtsparkasse München	<ul style="list-style-type: none"> • Osteopathie • Kinesiologie • Energiearbeit • Akademie feH
Berg-am-Laim-Str. 22 81673 München	Mail info@osteoko.de Web www.komm-praxis.de	IBAN DE4870150000115124240 BIC SSKMDEMXXX	Bitte beachten Sie auch die rechtlichen Hinweise auf meiner Homepage

Anamnese:

- Was ist Ihr momentanes Hauptproblem, weswegen Sie zu mir kommen?

- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

- Welche der folgenden ärztlichen Untersuchungen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt und in welcher Körperregion? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Röntgen / CT | <input type="checkbox"/> Endoskopie (Magen/Darm) |
| <input type="checkbox"/> Kernspintomographie | <input type="checkbox"/> Labor- / Blutuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Szintigraphie (Knochendichtemessung) | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

- Haben Sie Schmerzen? Wo?

Bitte Schmerzstärke nach einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (= unerträglicher Schmerz) angeben!

- Seit wann haben Sie diese Schmerzen (Tage, Wochen, Jahren)?

Wichtige Krankheitsanzeichen: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> ungewollter Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Temperatur / Fieber |
| <input type="checkbox"/> Anderes | _____ |

Hatten Sie in letzter Zeit eine Bronchitis oder eine Lungenentzündung (Pneumonie)? Ja Nein

- Familienanamnese (Großeltern, Eltern, Geschwister): (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs/Tumor, wo? _____ | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel/Diabetes/Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> hormonelle Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

- Reiseanamnese:

Sind Sie innerhalb der letzten 3 Monate im Ausland gewesen, wenn ja wo/wie lange?

- Stuhlgang (Häufigkeit, Konsistenz, Farbe): (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fest/braun mind. 1x täglich | <input type="checkbox"/> Durchfall/Diarrhoe |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung/Obstipation | <input type="checkbox"/> Dunkelfärbung (schwarz)/Blutung |
| <input type="checkbox"/> weißliche Färbung | <input type="checkbox"/> übel riechend/Gifte-Gärungsprozess |

- Allergien/Unverträglichkeiten: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei best. Medikamenten _____ | <input type="checkbox"/> Pollen |
| <input type="checkbox"/> Metalle/Materialien _____ | <input type="checkbox"/> Amalgam |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Wie ist denn für gewöhnlich Ihr Blutdruck _____ / _____ und Ihr Pulsschlag pro Minute _____ ?

- Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Name	Menge	Häufigkeit (täglich)
_____	_____	_____

Name	Menge	Häufigkeit (täglich)
Name	Menge	Häufigkeit (täglich)

- Für Frauen:**

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____

Wie viele Geburten hatten Sie? _____

Dammschnitt /-riss während der Geburt? Ja Nein

Nehmen Sie die Pille/Hormone? Ja Nein

Hatten Sie eine Abtreibung/Abort? Ja Nein

Hegen Sie noch Kinderwünsche? Ja Nein

Hatten Sie eine Blasenentzündung/Zystitis? Ja häufig selten Nein

- Sind Sie jemals schwer gestürzt/gefallen oder hatten einen Unfall, wenn ja, welches Körperteil war betroffen und wann erfolgte der Sturz/Unfall ungefähr** (insb. in der Kindheit, z. B. Sturz auf das Steißbein/Kopf)?
*Bitte bedenken Sie dabei, dass sich ein Körper **alles merkt**, egal wie lange es her ist!*

- Wurden Sie schon einmal operiert? Egal ob i. d. Kindheit... Wenn ja ca. wann und wo? Weswegen?**

- Wie verlief Ihre eigene Geburt: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> Sturzgeburt (d.h. sehr schnelle Geburt) |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> beschwerliche Geburt |
| <input type="checkbox"/> Saugglocken-/Zangen-Geburt | <input type="checkbox"/> Nabelschnurstrangulation |
| <input type="checkbox"/> Steißlage | |

- Ernährungsgewohnheiten: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

- Ich esse Milchprodukte wie Milch, Joghurt, Quark und Käse Ich bin Vegetarier/in

- Sozialanamnese: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> verheiratet/ feste Partnerschaft | <input type="checkbox"/> Haustiere |
| <input type="checkbox"/> Kinder/ Anzahl _____ | <input type="checkbox"/> Wohnen Sie in einer Wohnung? Etage? _____ |
| <input type="checkbox"/> Wohnen Sie in einem Haus? Stufenzahl? _____ | <input type="checkbox"/> Sind Sie in letzter Zeit umgezogen? _____ |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten Sie im selben Beruf, wo Sie auch ihre Ausbildung gemacht haben? <input type="checkbox"/> Sind Sie arbeitslos? | |
| <input type="checkbox"/> Wie viele Std. arbeiten Sie? _____ h/Tag | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen ergonomischen Arbeitsplatz? |
| <input type="checkbox"/> Tragen Sie eine Brille? Letzte Anpassung _____ | <input type="checkbox"/> Sind Sie beruflicher Quereinsteiger? |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Freiwillig: Trinken Sie Alkohol? |
| Zigaretten pro Tag _____ | Menge _____ |
| Sind Sie <input type="checkbox"/> Rechtshänder(in) oder <input type="checkbox"/> Linkshänder(in) | |
| Können Sie sich erinnern zu welcher Uhrzeit Sie geboren sind? (Biorhythmus) _____ | Uhr _____ |
| Was fällt Ihnen selber noch ein? _____ | |

- Kieferproblematiken: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kieferknacken beim Kauen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen (v. a. nachts) |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie in der Kindheit eine Zahnsperre? | <input type="checkbox"/> Kieferknacken beim Kauen |
| <input type="checkbox"/> Zungen-/Zahnbelag | <input type="checkbox"/> Zahnoperation? _____ |
| | Wann und Wo? _____ |

Anamnese von Konflikten

Ein starker Konflikt zum Zeitpunkt des Erlebnisses kann Krankheiten auslösen. Jeder Kranke, der einmal einen Konflikterlebnisschock durchgemacht hat, hat in der Folgezeit einen schwachen Punkt, seine „Achilles-Ferse“, seine verwundbare Stelle. Wo andere Leute sich mit einem Witz locker darüber hinweg setzen würden, öffnet sich beim sensibilisierten Patienten sofort eine alte Narbe bzw. ein wunder Punkt.

Falls Sie nachfolgende Erlebnisse in Ihrem Leben hatten, die zu einem Schockerlebnis geführt haben könnten, kreuzen Sie es bitte an:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mutter, dessen Kind vor ihren Augen verunglückte | <input type="checkbox"/> Frontalangstkonflikt „nichts tun können“, man sieht etwas auf sich zukommen ist aber machtlos |
| <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Konflikt und/oder Mutter-Tochter- Konflikt | <input type="checkbox"/> Frau-Mann-Konflikt /Enttäuschungen in der Beziehung |
| <input type="checkbox"/> Vater-Tochter- Konflikt | <input type="checkbox"/> Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch, Ungerechtigkeit, Erfahrung, sich sehr lange über eine Niederlage zu ärgern |
| <input type="checkbox"/> Existenzverlust/Flüchtlingskonflikt oder Erfahrung „des sich Mutterseelen-allein-Fühlens“ | <input type="checkbox"/> Erlebnis von großer Ungerechtigkeit |
| <input type="checkbox"/> Konflikt „des sich Sträubens“ oder Angst-Ekel-Konflikt | <input type="checkbox"/> Zukunftsangst, Sorgen |
| <input type="checkbox"/> jemand dringt in das eigene Revier ein | <input type="checkbox"/> ein heftiger Schreck/Schockerlebnis |
| <input type="checkbox"/> Todesangst, z.B. Krebsdiagnose | <input type="checkbox"/> Mangel an Durchsetzungsvermögen |
| <input type="checkbox"/> Erlebnis, „zum alten Eisen zu gehören“ Selbstwerteinbruch | <input type="checkbox"/> negative Erlebnisse mit Wasser |
| <input type="checkbox"/> Trennungserlebnis | <input type="checkbox"/> Erfahrung, dass die „Angst im Nacken“ sitzt |
| <input type="checkbox"/> Erfahrung von starker Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Verhungerungskonflikt |
| <input type="checkbox"/> Identitätskonflikt / „Ich weiß nicht, wo ich hin gehöre“ | <input type="checkbox"/> Erfahrung, nicht auf Klo gehen zu dürfen |
| <input type="checkbox"/> Frau oder Mann mit Verlust eines Kindes oder nahen Verwandten | |
| <input type="checkbox"/> nach einem bestimmten Erlebnis tritt immer ein epileptischer Anfall auf | |

Im nachfolgenden Bereich können Sie eigene Erlebnisse schildern oder die obigen Punkte näher erläutern

Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet uns dazu, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis personenbezogene Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Da uns der Datenschutz am Herzen liegt, informieren wir Sie gerne darüber und auch über die Rechte, die Sie haben.

1. Zweck der Datenverarbeitung:

Wir erheben und verarbeiten von Ihnen persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum und Anschrift sowie gesundheitsbezogene Daten. Darunter fallen Anamnesen (Anamnese = Vorgeschichte einer Erkrankung), Diagnosen, Therapieempfehlungen und Therapien sowie Krankheitsbefunde und Laborwerte, die wir erheben. Zusätzlich können uns von anderen Ärzten und/oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Gesundheitsdaten in Verfügung gestellt werden (z. B. durch Arztbriefe), die wir in Ihrem Interesse anfordern, auch um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis. Diese Daten benötigen wir, um Sie medizinisch verantwortungsvoll behandeln zu können. Wir erheben, speichern und verarbeiten sie gemäß den gesetzlichen Vorgaben.

2. Verantwortlichkeit und Ansprechpartner:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Michael Komm.

3. Speicherung Ihrer Daten:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung oder aufgrund rechtlicher Vorgaben erforderlich ist. Patientendaten müssen aus rechtlichen Gründen nach Abschluss einer Behandlung noch 10 Jahre lang aufbewahrt werden; für manche Unterlagen gelten Aufbewahrungsfristen bis zu 30 Jahre. Selbstverständlich tragen wir dafür Sorge, dass diese Daten gut gesichert und vor der Einsichtnahme durch Unbefugte geschützt sind.

4. Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte:

Wir sind dazu verpflichtet, personenbezogene Daten an Dritte wie Ihrer Krankenkasse, Ihrer Privaten Krankenversicherung, den medizinischen Dienst und die Kassenärztliche Vereinigung weiterzuleiten. Dies dient der korrekten Abrechnung und anderen Zwecken, etwa wenn es um die Beantragung von Reha-Leistungen oder um die Klärung von versicherungsrechtlichen Fragen geht. Wir geben Ihre Daten auch an andere Ärzte und Psychotherapeuten weiter, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn wir bestimmte Untersuchungen nicht selbst durchführen können (z. B. Labor Untersuchungen in der Laborgemeinschaft oder im Fachlabor bzw. einem pathologischen Labor). Bei Privatpatienten benötigen wir zusätzlich noch die Einwilligung für die Zusammenarbeit mit unserer privatärztlichen Verrechnungsstelle, die das Rechnungswesen für uns übernimmt. Die Weiterleitung an andere Ärzte und an Verrechnungsstellen erfolgt aber nur, wenn Sie uns schriftlich Ihre Einwilligung dazu geben (s. u.).

5. Ihre Rechte in Bezug auf Ihre Daten:

Sie haben das Recht, Ihre Patientenakte und die darin gespeicherten Daten einzusehen und können verlangen, dass wir ggf. falsche Daten korrigieren. In den Fällen, in denen wir Ihre Daten nicht aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen an Dritte weitergeben (etwa an eine privatärztliche Abrechnungsstelle), dürfen Sie eine einmal erteilte Einwilligung für die Zukunft widerrufen. Bitte wenden Sie sich an uns: an unsere(n) Datenschutzbeauftragte(n) oder an die zuständige Aufsichtsbehörde (= Landesbeauftragte/r für den Datenschutz), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Ich habe diese Mitteilung gelesen und willige ein, dass meine Daten in den unter Punkt 4 genannten Fällen an Dritte weitergeleitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Datum

Unterschrift