



## Anamnesebogen

### 1. Allgemeine Angaben (alle hier angegebenen Daten werden gemäß der DSGVO vertraulich behandelt)

Patient: Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ männlich \_\_ weiblich \_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: privat: \_\_ gesetzlich: \_\_

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein: \_\_ Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### 2. Osteopathische Situation

Was ist der Grund des heutigen Osteopathiebesuches: (freiwillig)

\_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Wünsche bezüglich der Behandlung? (freiwillig)

\_\_\_\_\_

### **Bitte beachten Sie folgende Dinge, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen!**

**Eine Behandlung wird immer mit ca. 90 Euro (je nach Rechnungsstellung/Gebührenordnung) berechnet und hier vor Ort per EC oder in bar gezahlt! Hierbei ist eine Zeit von ca. 30-60 Min, je nach aktueller Notwendigkeit, eingeplant.** Wir sind eine Bestellpraxis. Wir verwenden Ihre Daten für einen Recall und erinnern sie ggf an Ihre Termine. Wenn Ihr Osteopath seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt und hat somit einen Ausfall von einer vollen Behandlungseinheit. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlung nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen oder unpünktlicher Absage können wir Ihnen keine Termine mehr geben.

**Ausfallzeiten werden wir nach §615 BGB, 287 ZPO mit 90 Euro pro Termin berechnen. Wir werden dazu, nur im Falle nicht erfolgter Rechnungsbegleichung Ihre Daten an die folgende Mahnungszentrale (PNO inkasso AG**

Brunnwiesenstr. 4, D-94469 Deggendorf) **übermitteln.**

**Mit diesem Formular akzeptieren Sie, die in der Praxis öffentlich ausgehängte Datenschutz erklärung und alle dazugehörigen Ausführungen.**

**Ich habe die oben genannten Hinweise zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden**

Bitte  
Rückseit  
e  
beachten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (-in)