Praxis für Akupunktur, Shiatsu Massage und Chinesische Medizin

DIESES FORMULAR STELLT EINEN **BEHANDLUNGSVERTRAG** DAR. BITTE FÜLLEN SIE ES AUS UND UNTERSCHREIBEN SIE (MITTE DIESER SEITE), DAMIT WIR DIE THERAPIE DURCHFÜHREN KÖNNEN. VIELEN DANK.

- Heutiges Datum : _____
- Vorname und Nachname : _____
- Geburtsdatum :_____
- Strasse, Hausnummer : _____
- PLZ, Stadt : _____
- Telefon Festnetz :_____
- **Mobilnummer** (WICHTIG) :_____
- **Email** Adresse (WICHTIG) :_____

1. Chinesische Heilkräuter: Falls eine Behandlung mit Kräutern gewünscht ist erhält die Praxis für die Zusammenstellung individueller Rezepturen gemäß Diagnose ein Honorar vom Patienten. Die danach von der Apotheke produzierte Kräutermischung wird dem Patienten von dieser zugesendet und mittels Überweisung an diese vom Patienten bezahlt. *Es handelt sich also um zwei Leistungen, die beide vom Patienten bezahlt werden (Siehe Preisliste auf Infoblatt)*

2. Datensicherheit: Ihre Kontaktdaten werden zum Zweck der Durchführung und Organisation der Behandlung gespeichert und ggf. an eine Apotheke und an eine Rechnungsstelle weitergeleitet (Versand von Rezepten bzw. Rechnungen). Sie erhalten keine Werbung.

3. Ausfallshonorar: Wir sind als Bestellpraxis darauf angewiesen, dass Termine wahrgenommen bzw. bezahlt werden. Bei kurzfristigen ***Terminänderungen weniger als 48 Stunden vorher*** kann der für Sie exklusiv reservierte Termin meist nicht neu belegt werden. Wir vertrauen Ihnen und gehen davon aus, dass eine Terminänderung wirklich notwendig ist. Wir übernehmen dann einen großen Teil des Verlustes und Sie erhalten eine ***schriftliche Rechnung über 55%*** der zu erwartenden Kosten. ***Dies gilt stets und in jedem Fall an, unabhängig vom Grund Ihrer Terminänderung.*** (85% fallen an, falls ein Termin ohne Benachrichtigung nicht wahrgenommen wird) ***Wir gehen davon aus, dass Sie mit dieser Regelung einverstanden sind, wenn Sie Termine machen.*** Das Ausfallshonorar wird stets schriftlich außerhalb der Behandlungszeit geregelt.

4. Erreichbarkeit: Sie können das Sekretariat unter 0421 – 146299 34 erreichen. Terminänderungen müssen auf diesem Weg erfolgen, bitte ggf. auf den AB sprechen. Telefonische Beratungen / Telefontermine werden von der Praxis nicht angeboten. Fragen direkt an uns beantworten wir gerne über email an info@tcm-nord.de

5. Terminbeginn: Die Behandlungs- bzw. Therapiezeit beginnt meist pünktlich zur abgemachten Zeit. Bitte seien Sie daher wenigstens 5 Minuten vorher da, sodass Sie sich bereits entspannen können (Wichtig z.B. bei Akupunktur) und alles erledigen können (Z.B. das Handy ausschalten, aufs WC gehen). Falls Sie zu spät sind muss der Termin eventuell kürzer ausfallen.

6. **Rechnung**: Wir schreiben Ihnen ggf. eine Rechnung gemäß der Gebührenordnung für Heilpraktiker, den Anforderungen der Krankenkassen usw. Diese ist bzgl. der Rückzahlungen für den Patienten optimiert und wird fast immer gut anerkannt. Änderungen an den Posten, deren einzelnen Kosten usw. kann die Praxis nicht vornehmen.

Mir sind obige 6 Punkte klar, eine Kopie davon befindet sich auf dem Infoblatt, welches ich erhalten habe.

X Unterschrift : _____

ENDE DES BEHANDLUNGSVERTRAGS

DIAGNOSTISCHE FRAGEN (Bitte auch jetzt gleich mit ausfüllen):

Ich leide momentan unter folgenden Erkrankungen :

In der Vergangenheit hatte ich folgende schwere Erkrankungen oder Unfälle :

Ich nehme folgende Medikamente ein:

BITTE WENDEN ---->

Ich habe insbesondere:	frische OP	O	Krampfadern	O	Osteopörose	O	Bandscheibenvorfälle	O	Eine psychische Erkrankung	O
Sind Sie schwanger ?			JA	O	NEIN	O				
Mir ist leicht :	Warm	O	heiss	O	kühl	O	kalt	O	alles normal	O
Ggf In welchen Situationen / wann ?										
Ich schwitze :	fast nicht	O	wenig	O	viel	O	sehr stark	O	alles normal	O
Ggf In welchen Situationen / wann ?										

Mein Stuhlgang ist allgemein :

Sehr Weich	O	Weich	O	Normal	O	Hart	O	Sehr Hart	O	Wechselhaft	O

Mein Urin ist allgemein (ggf mehreres ankreuzen):

Dunkel	O	Sehr Hell	O	Viel	O	Wenig	O	Häufiges Wasserlassen	O	Seltenes Wasserlassen	O

Wie ist Ihre Stuhlfrequenz ? (ZB 1x täglich, 2x die Woche)

Ich habe Probleme mit den Sinnesorganen (Augen, ..) :

Ich habe Schmerzen - falls ja - wo und welcher Art ?

Ich habe Hitze / Kälte / Schwitzen - was und wo ? *(Z.B. kalte Hände + Füsse, Leichtes Frieren,Hitzewallungen, Schwitzen unter Achseln , ...)*

Ich habe Hautprobleme
(Jucken, Roetung . .)

Ich habe ungewöhnliche Empfindungen - falls ja - wo und was genau ? Z.B. *(Z.B. Jucken, Druck, Taubheit, Kribbeln)*

<u>Ich schlafe NACHTS im Schnitt folgende Zahl von Stunden</u>: **# Stunden :**

Ich habe Probleme mit:		Einschlafen	O	Durchschlafen	O	Morgens gut rauskommen	O		
Mein Apetit ist :	sehr gering	O	gering	O	normal	O	gut	O	sehr gut	O
Ich habe Durst :	sehr wenig	O	wenig	O	normal	O	viel	O	sehr viel	O
Tagsüber fühle ich mich im Schnitt :		sehr müde / erschöpft	O	müde / erschöpft	O	normal	O	voller Energie	O

Ich leide unter seelischen Problemen

Depression	O	Angst	O	Wut	O	**Andere seelische Probleme:**	

Besonderheiten bzgl der Regel : Schmerzen, wenig / viel Blutung, hell / dunkel, Zyklus, ... :

Ich mache zur Zeit auch folgende weitere Therapien / Behandlungen :

Ich übe folgenden Beruf aus & bzgl meines Tagesablaufs fällt mir Belastendes auf (Trockenheit, Stress, zuviel Sitzen...)

Folgende Beschwerden habe ich noch / Folgendes ist mir noch wichtig:

BITTE WENDEN ---->