



### Patienteninformation

- Wenn sie ihren Behandlungstermin nicht einhalten können, geben sie bitte rechtzeitig Bescheid, das heißt:  
**24 Stunden vor Behandlungsbeginn**

Für zu kurzfristig abgesagte Termine – sofern ich ihren Termin nicht neu vergeben kann – erlaube ich mir aus betriebswirtschaftlichen Gründen eine Ausfallgebühr in Höhe von 50% der verpassten Leistung privat in Rechnung zu stellen.

- Ihre Daten werden von mir elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes (EU-DSGVO)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des zu Behandelnden

### Erklärung

Die Osteopathie wird vor allem angewandt bei:

Erkrankungen, Problemen und Funktionsstörungen

- des Stütz- und Bewegungsapparates
- der inneren Organe und des Nervensystems
- des Cranio-Sacralen-Systems

Ziel der Therapie ist immer die Wiederherstellung und Stärkung des Gleichgewichtes der Körperfunktionen sowie die Aktivierung der Selbstheilungskräfte des menschlichen Körpers.

Risiken der Untersuchung und Behandlung:

Als kurzfristige vorübergehende Reaktionen können auftreten:

- kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber
- Veränderungen der Körperausscheidungen und / oder Menstruationszyklus
- Schlafstörungen

### Behandlungserklärung

- Ich möchte durch Regina Kramer, Physiotherapeutin, Osteopathin und sektoraler Heilpraktiker Beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie osteopathisch behandelt werden
- Ich wurde eindeutig darüber aufgeklärt,
  - wie hoch die Behandlungskosten sein werden (90€ pro Behandlungseinheit Erwachsener / 70€ pro Behandlungseinheit Kinder)
  - eine Behandlungseinheit ist inkl. Befunderhebung und Besprechung, Zeitlicher Rahmen hierfür ist; für Erwachsene 50-60min, Kinder 40-45min
  - dass eine bestehende Krankenversicherung (Privat, Beihilfe, Gesetzliche Krankenversicherung) die entstehenden Kosten möglicherweise überhaupt nicht oder nur teilweise übernimmt.
  - dass die entstehenden Kosten unabhängig von jeglicher Versicherungsleistung in voller Höhe von mir zu begleichen sind.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des zu Behandelnden