



## Aufnahmebogen

Pat.-Name, Vorname\* \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

bei Kindern: Erziehungsberechtigter/Versicherter:

Name\*, Vorname\* \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Str./Hausnr.\* \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort\* \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ ggf Zusatzvers. \_\_\_\_\_

Tel.-nummer\*: \_\_\_\_\_ eMail\* \_\_\_\_\_

Haus- oder Kinderarzt: \_\_\_\_\_

\*- bitte unbedingt für die Kontaktaufnahme ausfüllen

### Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Riedel, meine Patientendaten/die Daten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/ Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

# Fragebogen

(für Säuglinge und Kleinkinder unter 10 J.)



Name \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht _____ gr
Geburt in der _____ ten Schwangerschaftswoche
Dies war meine _____ te Schwangersch. Dies war meine _____ te Geburt
Hat es in der Schwangerschaft Komplikationen gegeben? ja/nein (zB. Unfälle, Infekte, Blutungen, Diabetes, Nierenkomplikationen? Wenn ja, welche?
Wurde bei der Geburt mit Instrumenten (Zange, Saugglocke) geholfen? Wenn ja, womit?  Gab es Komplikationen?
Kaiserschnitt? ja/nein

Beginn des Drehens (von Rücken- in Bauchlage) im Alter von _____	Monaten
Beginn des Krabbelns im Alter von _____	Monaten
Beginn des Laufens im Alter von _____	Monaten
Wurde das Kind schon operiert Wenn ja, was und wo?	
Besteht der Verdacht auf eine Hüftgelenkdysplasie (Störung der Hüftgelenkreifung)?	
Mit welchen Methoden (Krankengymnastik o.ä.) fördern Sie Ihr Kind?	
Werden irgendwelche Medikamente eingenommen? Welche?	

Weitere wichtige Infos:

---

---

(bitte freilassen für Befunde)



**Dr. med. Matthias Riedel**

FA Physikal. und Rehab. Medizin  
Osteopathische Medizin  
Atlastherapie nach Arlen

## **Informationen zur Osteopathie-Sprechstunde**

*Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen*

### **Liebe Patientinnen, liebe Patienten, liebe Eltern,**

Sie oder Ihr Kind werden in meiner Praxis über die üblichen schulmedizinischen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren hinaus mit weiteren Therapieformen (z.B. Osteopathie) behandelt.

Es handelt sich hierbei um zum Teil sehr zeitaufwändige therapeutische Maßnahmen, die einer jahrelangen Zusatzausbildung bedürfen. Die Leistungen werden in Anlehnung an die Empfehlungen der osteopathisch-manualmedizinischen Fachgesellschaften und des BDOÄ (Berufsverband Deutscher Osteopathischer Ärztegesellschaften e. V.) / Stand: September 2015) gemäß §2 der Gebührenordnung privat in Rechnung gestellt.

Alle ärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte zu den dort üblichen Steigerungssätzen abgerechnet und müssen infolgedessen vom Patienten privat bezahlt werden.

Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der privaten Krankenkassen enthalten sind, müssen gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte als sog. Analogziffern in Rechnung gestellt werden. Bei Privatpatienten übernehmen in der Regel die Krankenkassen diese Leistungen. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gegeben.

**Die Liste der üblichen analogen Abrechnungsziffern wurde Ihnen vorgelegt.**

---

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass bei mir / meinem Kind eine der vorgenannten Behandlungen sinnvoll ist. Über alternative Behandlungsmöglichkeiten fühle ich mich ausreichend informiert.

Ich willige ausdrücklich in eine privatärztliche Behandlung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ein.

**Die Unterschrift dokumentiert Ihr Einverständnis zur privatärztlichen Behandlung (gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen) im Sinne eines Behandlungsvertrages.**

---

Name des Patienten

Datum, Unterschrift

**Bitte beachten Sie:** Die Warteliste mit zum Teil sehr bedürftigen Patienten ist lange. Eine Absage vereinbarter Termine sollte nur in dringenden Fällen, muss spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werde ich Ihnen privat in Rechnung stellen!



## **Liebe Eltern,**

bei Ihrem Kind wurden Funktionsstörungen im Muskel-Skelett-System, im sog. kraniosakralen System bzw. im sog viszeralen System (innere Organe) festgestellt oder befürchtet.

Die folgenden Zeilen sollen sie zunächst einmal beruhigen. In aller Regel handelt es sich hierbei um gut behandelbare, meist harmlose Störungen, welche die Entwicklung Ihres Kindes normalerweise nur solange beeinträchtigen, solange sie unbehandelt sind.

### **Funktionsstörungen der Körpergewebe– Was ist das?**

Die Muskulatur, die Gelenkkapseln und sonstige Bänder (auch im Bauchraum) sind wegen der vielen Nervenendigungen, die sie beherbergen und die dem Gehirn eine ständige Rückmeldung zur sog. Körpereigenwahrnehmung übermitteln, besonders an der Bewegungs- und Haltungssteuerung des Menschen beteiligt.

Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Muskulatur des Kopf-Hals-Überganges. Hier werden wesentliche Nervenströme positiv, aber im ungünstigen Fall auch negativ beeinflusst. Eine Fehlfunktion dieser Region an der Halswirbelsäule (z.B. eine Blockierung) oder am Schädel kann negativen Einfluss auf die gesamte körperliche Reifung ausüben.

Folgen solcher Funktionsstörungen beim Säugling können zum Beispiel eine Schiefhaltung des gesamten Kindes sein, oder eben isoliert des Halses oder auch oft eine Überstreckung der Wirbelsäule. Andere mögliche Symptome sind die Weigerung Ihres Kindes, sich auf beiden Seiten stillen oder füttern zu lassen. Gelegentlich schreit das Kind häufiger oder lässt sich schlecht beruhigen.

### **Wie und wie oft wird behandelt?**

Viele Wege führen nach Rom! Die Entscheidung zur besten Therapie werde ich konkret mit Ihnen bei der Untersuchung besprechen.

- Die **Atlasterapie nach Arlen** besteht aus einer Folge kurzer schmerzfreier Fingerdruckimpulse auf den Querfortsatz des 1. Halswirbelkörpers (sog. Atlas). Das Besondere ist die hohe Geschwindigkeit dieses Impulses bei geringer Kraft aus einer bestimmten Richtung. Die Atlasterapie ist keine Gelenkbehandlungstechnik, also keine Manipulationstechnik mit dem typischen „Knackgeräusch“. Sie ist -von einem Fachmann ausgeführt- ungefährlich und schmerzfrei.
- Mit Techniken aus dem großen Feld der **Osteopathie** (z.B. myofasziales Lösen, Kranio-sakraltherapie und andere) sind Funktionsstörungen des Bewegungssystems ebenfalls behandelbar. Auch diese Behandlungstechniken sind ungefährlich und schmerzfrei, so dass zusammenfassend bei Ihrem Kind ausschließlich –nach jetzigem Kenntnisstand- risikolose Therapieformen zum Einsatz kommen.

### **Das Behandlungsergebnis**

Das Kind sollte nach der Behandlung in der Regel ca. 2-3 Wochen Zeit haben, um sich auf die veränderten Haltungs- und Bewegungsmöglichkeiten einzustellen. Es kann durchaus bis zu 3 Wochen dauern, bis Sie einen Behandlungseffekt erkennen können.

**Zu den Kosten der Behandlung:**

Die Kosten der Behandlung liegen je nach Zeit- und therapeutischem Aufwand bei ca 80 - 120 €.

**Privatkassen** übernehmen die hier erbrachten Leistungen üblicherweise, die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen häufig einen Anteil, wenn Sie dies dort beantragen. Eine Liste der möglichen Therapieverfahren sehen Sie unten.

Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der **privaten Krankenkassen** enthalten sind, müssen gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte als sog. Analogziffern in Rechnung gestellt werden (s. Tabelle). Wenn diese Leistungen erbracht werden, werden sie nach umseitig dargestellter Liste berechnet. Bei Privatpatienten übernehmen in der Regel die Krankenkassen diese analog abzurechnenden Leistungen. Eine Kostenübernahme ist aber möglicherweise nicht in vollem Umfang gegeben.

Die Unterschrift dokumentiert Ihr Einverständnis zur privatärztlichen Behandlung (gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen) im Sinne eines Behandlungsvertrages.

**Bitte zutreffendes ankreuzen**

- Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen **und bin mit der Behandlung einverstanden**  
Ich wünsche hierzu ein zusätzliches Gespräch       ja /  nein
- Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, **willige aber in eine Behandlung nicht ein**

---

Name des Patienten

Datum, Unterschrift

**Bitte beachten Sie:** Unsere Warteliste mit zum Teil sehr bedürftigen Patienten ist lange. Eine Absage vereinbarter Termine sollte nur in dringenden Fällen, muss spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werde ich Ihnen privat in Rechnung stellen!