



**Praxis für Osteopathie &  
ganzheitliche Physiotherapie Käsbauer**



Verband der Osteopathen  
Deutschland e.V.  
In besten Händen.

## Behandlungsvertrag

von: **Simon Käsbauer, Praxis für Osteopathie & ganzheitliche Physiotherapie**

**mit:**

Name Patient/in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des Erziehungs-  
berechtigten: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummern: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt: ja/nein

### I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die physiktherapeutische /osteopathische Behandlung des Patienten.

### II. Honorar

Als Honorar für eine physiotherapeutische / osteopathische Heilbehandlung wird unabhängig von der Länge der Behandlung der Betrag von ca. EUR 90 vereinbart. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Als Behandlung zählt auch das Anamnesegespräch mit dem/der Patient/-in.

Das Honorar ist zahlbar innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungsdatum. Im Falle des Verzugs ist die/der Patient/-in zur Zahlung einer Mahngebühr in Form einer Vertragsstrafe von EUR 5,00 EUR

verpflichtet. Sollte eine weitere Erinnerung erforderlich sein, fällt eine zusätzliche Vertragsstrafe von weiteren EUR 10,00 an.

### **III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen**

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für die/den jeweilige(n) Patient/-in reserviert ist.

Die/Der Patient/-in ist daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für die/den Patient/-in vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann.

Für unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine ( mind. am Vortag) fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von Euro 60 an, wobei der/dem Patient/-in der Nachweis vorbehalten bleibt, dass der Praxis kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

### **IV. Abrechenbarkeit osteopathischer und physiotherapeutischer Leistungen**

Die Honorarabrechnung erfolgt bei privatversicherten Patienten grundsätzlich nach der Gebührenordnung des zuständigen Therapeuten, ich orientiere mich an der maximal erstattungsfähigen Summe aus der **Beihilfefähigkeit** von Heilmitteln (**Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)** Stand 1.2.2025).

Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat die/der Patient/-in die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten grundsätzlich keine Erstattung der osteopathischen Leistungen. Sie können aber mit Ihrer Krankenkasse klären, ob bei Ihrem Vertrag eine Bezuschussung möglich ist.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen der/dem Patient/-in und dem behandelnden Therapeuten unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob eine Erstattung erfolgt.

**Datum, Ort:**

---

Unterschrift



**HINWEIS:**

- *Der beigefügte Patientenaufklärungsbogen dient der Vorbereitung des Aufklärungsgesprächs und der notwendigen Dokumentation entsprechend der neuen gesetzlichen Vorgaben.*
- *Der Aufklärungsbogen ersetzt nicht die erforderliche mündliche Aufklärung.*

**Die wichtigsten Punkte des Patientenrechtegesetzes:**

1. *„Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen“ (s. § 630c BGB)*
2. *Nach § 630e BGB ist der Behandler zu eine ausführlichen mündlichen Aufklärung (über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie) verpflichtet. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen.*
3. *Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient Zeit zum Überlegen hat, bevor er einwilligt. („Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, wenn die Maßnahme z. B. unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat“, § 630e Abs.3 BGB)*
4. *Der Patient kann seine Einwilligung jederzeit widerrufen.*
5. *Bei der Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten bzw. bei beschränkt Geschäftsfähigen ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen (z. B. gesetzlicher Vormund), § 630 d BGB.*
6. *Bei Minderjährigen ist die Einwilligung i. d. R. von beiden Eltern oder dem Sorgeberechtigten einzuholen. Bei risikoärmeren Behandlungen genügt auch die Einwilligung eines Elternteils, wenn er im Einverständnis mit dem abwesenden Elternteil handelt. Jugendliche haben eine eigene Einwilligungsbefugnis und sind zusätzlich zu den Eltern aufzuklären.*



## **Patientenaufklärung**

Osteopathie / Physiotherapie ist eine eigenständige Form der Medizin, die dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen und deren Ursachen dient. Die osteopathische / physiotherapeutische Behandlung erfolgt mit den Händen. Der Patient wird in seine Gesamtheit betrachtet. Vor der Behandlung wird der Patient auf Grundlage des Befundes und der Diagnose ausführlich untersucht.

### **Anwendungen:**

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

### **Gegenanzeigen/Kontraindikationen:**

Die wichtigste Kontraindikation ist eine unsichere oder ungeklärte Diagnose. Vor Beginn der Behandlung muss eine entsprechende Abklärung erfolgen, damit für den Patienten durch die Verzögerung entsprechender anderer Maßnahmen kein Schaden entstehen kann.

Die Osteopathie / Physiotherapie ist als Primärbehandlung kontraindiziert bei:

- Aneurysmen
- Akuten Entzündungen
- Infektionserkrankungen
- Fieberhaften Erkrankungen
- Brüchen
- Tumorerkrankungen
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- Bluterkrankheit
- Thrombosen
- spontanen Hämatombildungen



Risiken der Behandlung sind:

- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber
- Schlafstörungen
- Kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung
- Muskelkaterähnliche Schmerzen

Risiken der Wirbelsäulenbehandlung:

- Gelegentlich leichte Beschwerden in den Wirbelgelenken und in der Haut
- In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:400.000 – 1:2.000.000) kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechen Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einer Schädigung des Rückenmarks oder einem Schlaganfall kommen.

Individuelle Risikofaktoren des Patienten:

---

---

---

---

Therapeutische Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

---

---

---

---



Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich gemäß obigem Text durch Herrn Käsbauer über die Untersuchung und Behandlung durch Osteopathie/Physiotherapie aufgeklärt worden zu sein.

Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie.

Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen.

Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Name des Patienten (in Druckbuchstaben):

.....

Datum: .....

Eine Kopie dieses Dokuments habe ich erhalten.

Unterschrift des Patienten: 

Ich verzichte auf die Information und Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung durch Osteopathie.

Unterschrift des Patienten: .....

.....

Praxisstempel, Unterschrift

Nachname des Patienten

Vorname des Patienten



Verband der Osteopathen  
Deutschland e.V.  
In besten Händen.

weiblich  männlich

Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?

Liegt ein Unfall vor?  ja  nein

Eine Operation?  ja  nein

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  
 getrennt lebend  geschieden

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
die Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankenvorgeschichte dienen der Klärung des Krankheits- und Beschwerdebildes. Eine möglichst vollständige Beantwortung der Fragen dient der genaueren Diagnose und spart Zeit, die für ein Gespräch oder eine notwendige Untersuchung sinnvoll genutzt werden kann. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

### 1. Aktuelle Beschwerden:

	Ja	Nein	Weiß nicht
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Haben Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein	Weiß nicht
2. Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grüner Star, Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nasen- und Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lungen-, Rippenfellentzündungen, Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Asthma/Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergische Reaktionen, Unverträglichkeit von Medikamenten, Staub, Eiweiß etc. (z.B. Penicillin oder Röntgenkontrastmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Andere Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Nächtliches Wasserlassen Wenn ja, wie oft _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wiederholter Hexenschuss oder Ischiasbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Diabetes Typ I/II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Erhöhte Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Gelenkrheumatismus ... mit Fieber/Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Knochenbrüche, Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Zahnwurzel-/Kiefererkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Blutarmut, Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Krebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Andere Krankheiten Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			
_____			

**Fragen für Männer:**

- |                                       | Ja                       | Nein                     | Weiß<br>nicht            |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 35. Krankheiten der Prostata          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Schwierigkeiten beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fragen für Frauen:**

- |                                                                     |                                       |                                         |                          |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| 37. Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane                     | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 38. Erkrankung der weiblichen Brüste                                | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 39. Unregelmäßige Periode<br>Letzte Periode am _____                | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 40. Sind Sie schwanger?                                             | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/> |
| 41. In welcher Woche? _____                                         |                                       |                                         |                          |
| 42. Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____                   |                                       |                                         |                          |
| 43. Wie viele Geburten hatten Sie? _____                            |                                       |                                         |                          |
| 44. Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate? | <b>Ja</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Nein</b><br><input type="checkbox"/> |                          |

**Sonstige Fragen zur Krankengeschichte:**

- |                                                                |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 45. Leiden Sie an einer Sehstörung (Brille)?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Wurden Sie schon mal/mehrfach operiert?<br>Wenn ja, woran? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?  
\_\_\_\_\_

- |                                                                                                                                |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 48. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern, in Asien oder in den Tropen?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)?<br>Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                                                               |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 50. Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?<br>Wenn ja, wie viel? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Haben Sie geraucht?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Nehmen oder nahmen Sie Drogen?<br>Wenn ja, welche?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                                                        |                          |                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 54. Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

55. Welchen Sport betreiben Sie?  
\_\_\_\_\_

**Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?**

- |                                                               | Ja                       | Nein                     |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 56. ... durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit, Nachtruhe)?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. ... durch Staub/Rauch/Abgase (Arbeitsplatz, Wohnbereich)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. ... durch Schichtarbeit?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Allgemeinbefinden:**

- |                                                                              |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 59. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg zugenommen?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg abgenommen?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. Haben Sie auffallend großen Durst?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62. Schlafen Sie schlecht oder schlafen Sie schlecht ein?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. Bedrückt Sie etwas ernsthaftes (beruflich, privat/in der Partnerschaft)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. Leiden Sie an einer Neurose oder anderen nervösen Beschwerden?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?**

- |                                                     | Vater                    | Mutter                   | Großeltern               | Kinder                   |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 65. Hoher Blutdruck                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. Herzinfarkt                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67. Übergewicht                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. Diabetes Typ I/II                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. Gicht                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. Epilepsie                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72. Tuberkulose (Tbc)                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73. Gallen-, Nieren-, Blasensteine                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74. Krebs                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75. Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76. Andere Krankheiten?                             |                          |                          |                          |                          |

- |                                                                              |                                       |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 77. Sind chronische Erkrankungen in der Familie bekannt?<br>Wenn ja, welche? | <b>Ja</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Nein</b><br><input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|