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

Praxis für Osteopathie &
ganzheitliche Physiotherapie Käsbauer

Südstraße 11 · 87616 Marktoberdorf (OT Rieder)
08342 / 9192114 · osteopathie.kaesbauer@gmail.com

Behandlungsvertrag

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

mit:

Name Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Versicherungsart:	☐ gesetzlich	☐ privat
(Heilpraktiker-) Zusatzversicherung:	☐ ja	☐ nein
Beihilfeberechtigt:	☐ ja	☐ nein

Krankenversicherung: _____

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die osteopathische Untersuchung und Behandlung einschließlich Anamnese. Ein bestimmter Behandlungserfolg wird nicht zugesichert.

II. Honorar

Das Honorar beträgt **95,00 EUR je Behandlungstermin.** Eine Standardbehandlung dauert üblicherweise 45 bis 60 Minuten. Die tatsächliche Dauer richtet sich nach Behandlungsverlauf und individuellem Bedarf.

Die Rechnung ist innerhalb von 10 Tagen nach Rechnungsdatum zu bezahlen. Für Zahlungsverzug gelten die gesetzlichen Regelungen.

III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Bitte halten Sie Termine pünktlich ein und sagen Sie bei Verhinderung **spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn** ab.

Bei späterer Absage oder Nichterscheinen kann die Praxis einen gesetzlich bestehenden Ausfallanspruch geltend machen, **höchstens jedoch 60,00 EUR je Termin.** Ersparte Aufwendungen und anderweitiger Erwerb werden angerechnet. Bei vollständiger anderweitiger Vergabe fällt kein Ausfallhonorar an. Ihnen bleibt der Nachweis vorbehalten, dass kein oder ein geringerer Ausfall entstanden ist. Allein die verspätete Absage begründet noch keinen Zahlungsanspruch.

IV. Abrechnung und Kostenerstattung

Die Behandlung ist privat zu bezahlen. Die Rechnung führt die Leistungen und, soweit einschlägig, Ziffern des **Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)** auf. Maßgeblich bleibt das vereinbarte Honorar.

Eine Erstattung durch Krankenversicherung, Zusatzversicherung oder Beihilfe ist nicht zugesichert. Gesetzliche Krankenkassen können Zuschüsse gewähren. Bitte klären Sie Voraussetzungen und Umfang vor Beginn mit Ihrem Kostenträger. Das Honorar ist unabhängig von einer Erstattung zu bezahlen.

V. Datenschutzinformationen und Vertraulichkeit

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten nach den geltenden Datenschutzbestimmungen. Die vollständigen Patienten-Datenschutzinformationen gemäß Art. 13 DSGVO sind in der Praxis gut sichtbar ausgehängt und unter **www.osteopathiekaesbauer.de** jederzeit einsehbar. Auf Wunsch erhalten Sie diese kostenlos auf Papier. Vor der erstmaligen Datenerhebung werden Sie darauf hingewiesen.

Ihre Angaben bleiben vertraulich. Die Hinweise erfordern keine Unterschrift. Es gelten die einschlägigen Rechtsgrundlagen; die ausdrückliche Einwilligung in die heilpraktische Gesundheitsdatenverarbeitung erfolgt gesondert auf Seite 6.

Hausärztliche Praxis (Name und Anschrift, durch Patient/in einzutragen):

Mit Ihrer freiwilligen Zustimmung auf Seite 6 dürfen Simon Käsbauer und die hier benannte Hausärztin bzw. der Hausarzt die für Ihre gemeinsame Behandlung erforderlichen Diagnosen, Befunde, Medikamentenangaben und Informationen zum Behandlungsverlauf wechselseitig austauschen. Die Schweigepflichtentbindung umfasst wiederholte notwendige Rückfragen und Befundübermittlungen während dieser Behandlung. Sie gilt nur im beschriebenen Umfang. Einbezogen ist das unmittelbar beteiligte Praxispersonal.

Sie können die Einwilligung jederzeit gegenüber einer der beiden Praxen für die Zukunft widerrufen; bisherige Übermittlungen bleiben rechtmäßig. Ohne Zustimmung entstehen keine Nachteile für die Behandlung. Nur bei aktiv angekreuzter Zustimmung und konkret benannter Praxis wird eine Freigabe erteilt.

VI. Zusammengehörige Unterlagen

Vertrag (Seiten 1 und 2), Anamnesebogen (Seiten 3 und 4) und Patientenaufklärung (Seiten 5 und 6) gehören zusammen. **Die gemeinsame Erklärung und Ihre Unterschrift stehen auf Seite 6.**

Bitte teilen Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustands und Ihrer Medikation vor jedem weiteren Termin mit.

Anamnesebogen - Beschwerden und Vorerkrankungen

Bitte nach bestem Wissen ausfüllen; bei Unsicherheit „Unklar“ wählen. Erläuterungen, Medikamente und weitere Angaben folgen auf Seite 4.

Welche Beschwerden haben Sie, seit wann und mit welchem Verlauf?

Was verstärkt oder lindert Ihre Beschwerden?

Bisherige ärztliche Diagnosen, Befunde und Behandlungen:

Schmerzstärke: _____ / 10 (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Bekannte Erkrankungen - aktuell oder früher

Bitte je Zeile eine Antwort wählen	Ja	Nein	Unklar
Herzerkrankung, Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörung	☐	☐	☐
Hoher/niedriger Blutdruck, erhöhte Blutfette oder Diabetes	☐	☐	☐
Schlaganfall / TIA (vorübergehende Durchblutungsstörung), Gefäßverengung oder Arteriosklerose	☐	☐	☐
Aneurysma, Gefäßeinriss (Dissektion) oder Gefäßanomalie	☐	☐	☐
Thrombose/Embolie, Gerinnungsstörung oder Blutungsneigung	☐	☐	☐
Osteoporose oder erhöhte Knochenbrüchigkeit	☐	☐	☐
Bandscheiben-, Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung	☐	☐	☐
Rheuma, entzündliche oder Bindegewebserkrankung	☐	☐	☐
Tumorerkrankung (aktuell oder früher)	☐	☐	☐
Neurologische Erkrankung, z. B. Epilepsie oder Multiple Sklerose	☐	☐	☐
Migräne, wiederkehrender Schwindel oder Ohnmacht	☐	☐	☐
Asthma oder andere Lungen-/Atemwegserkrankung	☐	☐	☐
Erkrankung von Schilddrüse, Leber, Nieren oder Verdauungsorganen	☐	☐	☐
Allergie oder Medikamentenunverträglichkeit	☐	☐	☐
Andere chronische oder behandlungsrelevante Erkrankung	☐	☐	☐

Bitte „Ja“- und „Unklar“-Angaben auf Seite 4 erläutern und vorhandene Befunde mitbringen.

Anamnesebogen - aktuelle Risiken und Ergänzungen

Bitte neue oder deutlich veränderte Beschwerden vor der Behandlung persönlich ansprechen.

Bitte je Zeile eine Antwort wählen	Ja	Nein	Unklar
Kürzlicher Unfall, Sturz oder Verletzung, insbesondere am Kopf/Hals	☐	☐	☐
Fieber, aktuelle Infektion oder deutliche Allgemeinverschlechterung	☐	☐	☐
Ungeklärter Gewichtsverlust oder ausgeprägter Nachtschweiß	☐	☐	☐
Neue/zunehmende Schmerzen in Ruhe oder nachts	☐	☐	☐
Neue oder ungewöhnlich starke Kopf-/Nackenschmerzen	☐	☐	☐
Neue Taubheit, Kraftminderung oder Lähmungserscheinungen	☐	☐	☐
Neue Seh-, Sprech- oder Schluckstörung oder Gangunsicherheit	☐	☐	☐
Neue Blasen-/Darmkontrollstörung oder Taubheit im Schritt	☐	☐	☐

Medikamente / Präparate (besonders Blutverdünner, Kortison, Hormone):

Operationen / Knochenbrüche / wichtige Verletzungen (Art und Zeitpunkt):

Erläuterungen zu „Ja“ / „Unklar“, Allergien und weitere wichtige Angaben:

Fragen für Frauen (soweit zutreffend)

Bitte je Zeile eine Antwort wählen	Ja	Nein	Unklar
Bestehen Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane?	☐	☐	☐
Bestehen Erkrankungen der Brust?	☐	☐	☐
Ist Ihre Periode unregelmäßig?	☐	☐	☐
Haben Sie Schmerzen im Zusammenhang mit Ihrer Periode?	☐	☐	☐
Sind Sie schwanger?	☐	☐	☐

Menstruationsbezogene Schmerzen: _____ Tage/Zyklus; Stärke: _____ / 10 (0 = keine, 10 = stärkste)

Letzte Periode (Datum): _____ Schwangerschaftswoche: _____

Schwangerschaften (Anzahl): _____ Geburten (Anzahl): _____

Implantate / Herzschrittmacher / sonstige medizinische Hilfsmittel:

Rauchen / Nikotin: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Früher Menge: _____

Weitere relevante Belastungen, Schlafprobleme oder sonstige Beschwerden:

Patientenaufklärung

Die osteopathische Untersuchung und Behandlung erfolgt mit den Händen. Je nach Befund werden weiche Gewebe und Gelenke behandelt, mobilisiert oder mit einem kurzen Impuls manipuliert. Die geeigneten Maßnahmen werden individuell besprochen.

Anwendungen, Grenzen und Alternativen

Die Behandlung kann bei geeigneten Funktionsstörungen insbesondere des Bewegungsapparates erwogen werden. Nicht alle osteopathischen Verfahren sind wissenschaftlich ausreichend belegt; ein Behandlungserfolg wird nicht zugesichert. Erforderliche ärztliche Diagnostik oder Therapie wird nicht ersetzt. Alternativen sind je nach Befund Abwarten, Bewegung/Übungen, Physiotherapie, Medikamente oder andere ärztliche Maßnahmen.

Gegenanzeigen / besondere Vorsicht

Neue oder ungeklärte Beschwerden sind vor der Behandlung ausreichend abzuklären. Bitte nennen Sie insbesondere:
• Fieber, akute Infektionen oder Entzündungen;
• Tumorerkrankungen, Knochenbrüche, Osteoporose, frische Operationen;
• Aneurysmen, Gefäßerkrankungen, Thrombosen oder früheren Schlaganfall;
• Blutungsneigung, spontane Blutergüsse, gerinnungshemmende Medikamente;
• neurologische Beschwerden, Implantate und Schwangerschaft.

Anatomische Besonderheiten, Blutdruckauffälligkeiten, Arteriosklerose und weitere individuelle Risiken werden bei Anamnese und Untersuchung geprüft. Je nach Befund wird die Behandlung angepasst oder unterlassen. Impulstechniken erfolgen nur nach Prüfung der Gegenanzeigen und konkreter Aufklärung.

Mögliche Reaktionen und Risiken

Vorübergehend sind Schmerzen, Muskelkatergefühl, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen oder verstärkte Beschwerden möglich. Je nach Technik und Vorerkrankung können Gewebe, Gelenke, Knochen oder Nerven verletzt werden. Bei Wirbelsäulenmanipulationen sind Bandscheiben- und Rückenmarksschäden bis hin zu bleibenden Lähmungen möglich.

Behandlung der Halswirbelsäule

Auch an der Halswirbelsäule können kurze Impulstechniken eingesetzt werden. Trotz sorgfältiger Voruntersuchung sind schwerwiegende Komplikationen möglich: Verletzungen hirnversorgender Gefäße (Dissektionen) können zu einem Schlaganfall mit bleibenden Schäden bis hin zum Tod führen. Alternativen sind insbesondere Techniken ohne Impuls. Die geeignete Vorgehensweise wird mit Ihnen besprochen.

Sie können einzelne Maßnahmen jederzeit ablehnen. Bei plötzlich ungewöhnlich starken Kopf-/Nackenschmerzen, Sprach-/Sehstörungen oder Lähmungen wählen Sie bitte sofort 112. Fieber und deutliche anhaltende Verschlechterungen sind ärztlich abzuklären.

Individuelle Risikofaktoren / weitere gesundheitliche Angaben:

Folgende Techniken oder Behandlungsbereiche lehne ich ab:

Erklärungen, Einwilligungen und Unterschriften

Geplante Maßnahmen, individuelle Aufklärung, Risiken und Entscheidungen werden zusätzlich in der Behandlungsakte dokumentiert.

Bei Minderjährigen: Angaben zur gesetzlichen Vertretung

Name(n) Sorgeberechtigte: _____

Verhältnis zum Kind: _____

Die Einwilligungsfähigkeit und die Beteiligungsrechte des Kindes werden berücksichtigt. Soweit erforderlich, unterschreibt eine weitere sorgeberechtigte Person mit.

Kostenfreie Abschrift: Eine vollständige Abschrift der im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung unterzeichneten Unterlagen wird der Patientin bzw. dem Patienten kostenfrei ausgehändigt.

Einwilligungen und Freigaben - bitte bewusst ankreuzen

☐ **Vertrag und Behandlung.** Ich stimme den Seiten 1 und 2 zu; meine Anamnese ist nach bestem Wissen vollständig. Maßnahmen, Erfolgsaussichten, Risiken und Alternativen wurden mir persönlich und verständlich erläutert. Ich konnte Fragen stellen und hatte Bedenkzeit. Ich willige in die konkret besprochenen Maßnahmen ein; Mobilisationen und Impulstechniken nur bei individueller Aufklärung und Dokumentation. Dies umfasst auch konkret besprochene HWS-Impulsmanipulationen nach persönlicher Aufklärung über Risiken und Alternativen gemäß Seite 5. Die individuelle Aufklärung und Entscheidung werden in der Behandlungsakte dokumentiert. Abgelehnte Maßnahmen bleiben ausgeschlossen und dokumentiert. Widerruf jederzeit formlos für die Zukunft.

☐ **Gesundheitsdaten.** Ich willige ausdrücklich in deren Verarbeitung zur Anamnese, Untersuchung, Behandlung, Dokumentation und Abrechnung einschließlich Speicherung in Lemniscus ein (Patienten-Datenschutzinformation vom 26.10.2026). Widerruf jederzeit für die Zukunft; bisherige Verarbeitung bleibt rechtmäßig. Gesetzliche Aufbewahrung bleibt bestehen. Ohne erforderliche Datenverarbeitung keine sichere Behandlung.

☐ **Hausarztaustausch.** Ich stimme dem auf Seite 2 beschriebenen Austausch mit der dort benannten Praxis ausdrücklich zu und entbinde beide Seiten insoweit von der Schweigepflicht. Ohne Kreuz oder benannte Praxis keine Freigabe. Widerruf jederzeit für die Zukunft; die Behandlung ist auch ohne Zustimmung möglich.

☐ **Nur bei gesetzlicher Vertretung.** Ich bestätige meine Vertretungsberechtigung sowie bei gemeinsamer Sorge die erforderliche Zustimmung der weiteren Person. Soweit nötig, unterschreibt diese ebenfalls.

Ort: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

Unterschrift Patient/in (bei Einwilligungsfähigkeit):

_____

_____ _____

Unterschrift gesetzliche Vertretung, ggf. Weitere sorgeberechtigte Person, ggf.