

Vorname/*first name*

Nachname/*family name*

Adresse/*address*

PLZ und Ort/*place of residence*

Beruf/*profession*

Geburtsdatum / *date of birth*

Krankenkasse bzw. private
Zusatzversicherung/
health insurance

Telefon/*phone number*

E-Mail/*email*

Grund meines Besuchs/
Reason for your visit

¹ **Risiken der Untersuchung und Behandlung:** Als kurzfristige vorübergehende Reaktionen können auftreten: kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Fieber, Veränderungen der Körperausscheidungen und/oder des Menstruationszyklus, Schlafstörungen. Als Gegenanzeigen zu nennen sind: akute Entzündungen, fieberhafte Erkrankungen, Brüche, Tumore, Thrombose, Aneurysmen, spontane Hämatombildungen, Tuberkulose, Implantierte Fremdkörper (Herzschrittmacher, Spirale, etc.), Längere Kortikoidbehandlung, schwere neurologische Störungen, Inflammatorischer Rheumatismus, Osteoporose. Schwerwiegende Komplikationen sind extrem selten. In sehr seltenen Fällen kann es nach Behandlung der Wirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu einer Hirnblutung, einem Schlaganfall oder einer Schädigung des Rückenmarks kommen. Individuelle Risikofaktoren des Patienten sind vom Patienten auf dem Anamnesebogen/Behandlungsvertrag anzugeben. Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch: Der Patient erklärt hiermit, umfassend u. verständlich mündl. gem. obigen Text durch Katrin Kilian-von Hofe über die Untersuchung und Behandlung mittels Osteopathie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. Ich wünsche die Behandlung mittels Osteopathie und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bez. einen Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen.

Bestehen folgende Beschwerden?
Do you have the following complaints?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Häufig Kopfschmerzen/
<i>frequent headache</i> | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung/
<i>cardiovascular disease</i> |
| <input type="checkbox"/> Häufig Erkältung/ <i>frequent cold</i> | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung/ <i>heart disease</i> |
| <input type="checkbox"/> Diabetis mellitus/ <i>diabetes</i> | <input type="checkbox"/> Arterielle
Durchblutungsstörungen/
<i>arterial circulatory disorders</i> |
| <input type="checkbox"/> Unfall: Kopf,Hals/ <i>accident:
head, neck</i> | <input type="checkbox"/> Venöse Erkrankungen (z.B.
Thrombosen, Thrombose-
gefahr)/ <i>venous disease</i> |
| <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung/
<i>concussion</i> | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck/
<i>high blood pressure</i> |
| <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma
<i>/craniocerebral trauma</i> | <input type="checkbox"/> Aneurysmen/ <i>aneurysm</i> |
| <input type="checkbox"/> Asthma brochiale/ <i>asthma</i> | <input type="checkbox"/> Rheumatische
Erkrankungen/ <i>rheumatism</i> |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie/ <i>epilepsy</i> | <input type="checkbox"/> Gicht/ <i>arthrolithiasis</i> |
| <input type="checkbox"/> Operationen:/ <i>operations:</i>

_____ | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen/
<i>kidney complaints</i> |
| <input type="checkbox"/> Orthopädische
Schuheinlagen/ <i>orthopedic
insoles</i> | <input type="checkbox"/> Knochenschmerzen/ <i>bone pain</i> |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden/
<i>complaints at mandibular joints</i> | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen,Leu-
kämie/ <i>tumour, leukaemia</i> |
| <input type="checkbox"/> Prothesen, Implantate im
Mund/ <i>prosthesis, implant mouth</i> | <input type="checkbox"/> Depression, Psychose,
bipolare Störungen/ <i>depression,
psychosis, bipolar depression</i> |
| <input type="checkbox"/> Prothesen, Implantate im
Körper/ <i>prosthesis, implant body</i> | <input type="checkbox"/> Osteoporose,-malazie,-
chondrose/ <i>osteoporosis,
osteomalacia, osteochondrosis</i> |
| | <input type="checkbox"/> Individuelle Gegenanzeigen,
Risikofaktoren/ <i>individual
contra-indication, risk factors</i> |

Es besteht ein Behandlungsverbot bei Personen mit HIV/AIDS oder sonstigen Infektions-krankheiten nach IfSG z.B. Covid-19. Die Behandlung ersetzt keinen Arztbesuch, sondern ist komplementär zu verstehen. Mit der Behandlung entsteht ein Behandlungsvertrag. Der/Die Patient/in verpflichtet sich die Kosten der Behandlung zu übernehmen und stimmt den auf meiner website ausgewiesenen Vertragsgrundlagen zu (www.kilianvonhofe.de/kontakt; www.kilianvonhofe.de/honorar). Behandlungen, die nicht mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, werden in vollem Umfang in Rechnung gestellt.

Datum / *date*

Unterschrift PatientIn / *signature*