

Fragebogen IMAGO-Faszi(e)nierend

Dieser Fragebogen dient dazu, die Lektionen auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abzustimmen.
Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Wie oder durch wen wurden Sie auf die CANTIENICA®-Methode aufmerksam?

Internet/Webseite Empfehlung Facebook Bücher/DVD/CD

Andere _____

Treiben Sie Sport oder Gymnastik oder gehen Sie ins Fitness-Center?

2- bis 4mal die Woche 1mal pro Woche unregelmäßig nie

Was sind derzeit Ihre persönlichen Herausforderungen und Ziele?

Allgemeine Informationen

Haben Sie Rückenschmerzen?

Ja häufig manchmal nie

Gibt es einen ärztlichen Befund?

- Hohlrücken (Lordose) Rundrücken (Kyphose) Flachrücken
 Gleitwirbel Ischiassyndrom Hexenschuss
 Bechterew'sche Krankheit Osteoporose Schleudertrauma
 Scheuermann'sche Krankheit Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose)
 Steißbeintrauma Entzündung der Wirbel (Spondylitis)
 Entzündung der Wirbelgelenke (Spondylarthritis)

Haben Sie Arthrose bzw. Gelenkbeschwerden? Ja Nein

Wenn ja, wo?

- Hüfte Knie Füße, Sprunggelenke Kreuzbein
 Schultern Ellbogen Handgelenk Finger
 Wirbelsäule (Spondylarthrose) Andere _____

Haben oder hatten Sie Problem mit den Bandscheiben? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Bereich?

- Halswirbel Brustwirbel Lendenwirbel

Wurde bei Ihnen ein Beckenschiefstand diagnostiziert? Ja Nein

Tragen Sie orthopädische Einlagen in den Schuhen? Ja Nein

Andere Erkrankungen oder Beschwerden am Bewegungssystem:

Haben Sie Schmerzen oder Druckgefühl in Schultern, Brust, Hals und/oder Armen?

Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?

Haben Sie Kopfschmerzen? Ja Nein

Hatten Sie einen Leisten- oder Zwerchfellbruch? Ja Nein

Wenn ja, wann?

Leiden Sie unter Inkontinenz? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art? Urin Stuhl Winde

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und aus welchem Grund (bitte auch kosmetische Eingriffe angeben)?

Leiden Sie unter Hämorrhoiden? Ja Nein

Haben Sie Diabetes? Ja Nein

Wie hoch ist Ihr Blutdruck? normal erhöht/hoch

Erhalten Sie deshalb Medikamente? Ja Nein

**Haben Sie Herzbeschwerden oder
Herzrhythmusstörungen?** Ja Nein

Spezielle Fragen an Frauen

Haben Sie Kinder geboren? Ja Nein

Wenn ja, wie viele und wann?

Wie war der Geburtsverlauf? Spontangeburt Kaiserschnitt

Hatten Sie bei den Geburten einen oder mehrere Dammschnitte? Ja Nein

Hat sich nach der Geburt die Gebärmutter abgesenkt? Ja Nein

Weitere eigene Angaben:

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit (für sich persönlich oder eine:n Minderjährige:n, für die/den sie verantwortlich ist), dass sie/er keinerlei Schadensersatzansprüche gegen das IMAGO Therapeutikum oder dessen Beauftragte geltend macht. Diese Erklärung betrifft alle Forderungen aus sämtlichen Schäden, sei es an Personen oder Sachen, die durch die IMAGO-Faszi(e)nierend-Methode direkt oder indirekt verursacht wurden. Ausgenommen bleibt die Haftung der vorgenannten Personen für grobes Verschulden.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte geben Sie diesen Fragebogen unterschrieben vor Beginn des Kurses bzw. der Einzellektion in der Praxis ab oder schicken Sie ihn uns per Post zu.

Behandlungsvertrag

zwischen dem IMAGO-Therapeut:innen-Team und

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Beginn der Behandlung bitten wir Sie, die nachfolgenden Informationen sorgfältig durchzulesen und bei Unklarheiten nachzufragen.

1. Schweigepflicht

Alles, was im Rahmen einer Sitzung besprochen wird, fällt unter die Schweigepflicht. Ihr:e Therapeut:in verpflichtet sich hiermit, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte aus den Sitzungen an Dritte weiterzugeben.

2. Datenschutz

Ihre Daten werden, soweit sie zur Durchführung der momentanen und zukünftigen gemeinsamen Arbeit und zur Rechnungsstellung benötigt werden, auch elektronisch gespeichert.

3. Abrechenbarkeit osteopathischer Leistungen

Ob und in welcher Höhe die Kosten für die Behandlung von Ihrer Versicherung übernommen werden, hängt davon ab, zu welchem Tarif Sie bei Ihrer Krankenversicherung versichert sind. Bitte klären Sie dies (im Vorfeld) mit Ihrer Versicherung selbst ab.

Der Behandlungsvertrag zwischen Ihnen als Patient:in und den behandelnden Therapeut:innen besteht unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen der/des Patient:in. Dieser Vertrag verpflichtet Sie zum Ausgleich der Honorarabrechnung, unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht. Die Honorarabrechnung erfolgt teilweise nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) und ist dieser angeglichen.

4. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Sie sind verpflichtet, die abgesprochenen Termine pünktlich einzuhalten. Bei nicht rechtzeitiger Absage (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) wird eine Terminausfallgebühr in Höhe der Behandlungsgebühr erhoben.

Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen, verstanden und akzeptiere die darin formulierten Regeln der Zusammenarbeit.

Datum: _____

Unterschrift: _____