



Osteopathie Laura Tammen-Ehlen (Heilpraktikerin), Sutelstraße 10, 30659 Hannover

Patientenaufnahmebogen

Liebe:r Patient:in,
bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und sprechen Sie mich bei Fragen oder Unklarheiten direkt an.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

E-Mail:

Telefon:

Adresse:

Behandelnde:r Ärzt:in:

Krankenkasse, evtl. Zusatzversicherung für Heilpraktiker-Leistungen:

Empfehlung durch:

Ggf. Gesetzliche:r Vertreter:in/Rechnungsempfänger:in:

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche:

Bestehen Vorerkrankungen? (z.B. Krankheiten an Herz, Blutgefäßen, Atemwegen, Verdauungstrakt, Stoffwechsel, Hormonen, Unterleib, Bewegungsapparat, Nervensystem, Psyche, Infektionskrankheiten, Krebs oder sonstiges)

Hatten Sie Operationen und/oder Krankenhausaufenthalte?

Ist in Ihrer direkten Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) eine Erkrankung bekannt?
(z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Krebs, Herzinfarkt)

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

Gibt es noch etwas, dass Sie mitteilen möchten?

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von mir streng vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in/gesetzliche:r Vertreter:in

Osteopathie Laura Tammen-Ehlen (Heilpraktikerin), Sutelstraße 10, 30659 Hannover
Tel. 0511 123 25 232 Mobil 01515 07 43 089
kontakt@osteopathie-laura-tammen-ehlen.de

Honorarvereinbarung für Physiotherapie

zwischen Patient:in: _____ geb. _____

und Osteopathie Laura Tammen-Ehlen (Heilpraktikerin).

Es gelten folgende Preise:

Physiotherapeutische Erstbefundung:	18,15 Euro
Krankengymnastik:	28,27 Euro
Manuelle Therapie:	32,67 Euro
Klassische Massagetherapie:	20,02 Euro
Manuelle Lymphdrainage 30 Minuten:	28,27 Euro
Manuelle Lymphdrainage 45 Minuten:	42,35 Euro
Manuelle Lymphdrainage 60 Minuten:	64,13 Euro
Hausbesuch:	13,31 Euro
Hygienepauschale	1,50 Euro

Die anfallenden Kosten sind nach der letzten Behandlung einer Verordnung innerhalb von zwei Wochen per Überweisung zu entrichten. Die/der Patient:in wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Leistungen möglicherweise nicht oder nicht vollständig erstattet werden. Der Anspruch der Therapeutin ist unabhängig von der Erstattung durch Dritte.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in/gesetzliche:r Vertreter:in