

Datum: : \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich den Namen/Vornamen der/des Erziehungsberechtigten angeben: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

KV: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

**1. Grund der Konsultation:**

---

---

---

---

**2. andere Symptome, verschiedene Systeme:**

---

---

---

---

**3. Geburt:**

- Zeitpunkt (wievielte Woche) \_\_\_\_\_

- Lage des Kindes: \_\_\_\_\_

- schmerzstillende Mittel \_\_\_\_\_

- Apgar Wert \_\_\_\_\_

- Besonderheiten während der Geburt? Einleitung, Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, etc.

---

---

**4. Schwangerschaft (gesamt und 2. Trimester):**

---

---

---

---

**5. Die ersten Tage nach der Geburt:**

- Wohlbefinden des Babys

---

---

---

- Trinkverhalten

---

---

---

**6. Entwicklung (motorisch, sensorisch, sprachlich):**

---

---

---

**7. Impfungen:**

---

---

---

- Gab es Reaktionen auf Impfungen? (z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, etc.)

---

---

---

**8. Durchgemachte Erkrankungen, Operationen:**

wann:                      was:                      was wurde unternommen:

---

---

---

---

---

---

---

**9. Stürze, Unfälle:**

wann:    was und wie:

---

---

---

---

---

---

---

**10. sonstiges:**

---

---

---

---

---

---

---

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich den Namen/Vornamen der/des Erziehungsberechtigten angeben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Röntgen, CT, MRT) sowie Zahnschienen und Einlagen zum ersten Termin mit!**

**Bitte bringen Sie ein Handtuch zu jeder Behandlung mit.**

### **Vereinbarung zwischen ZOM und Patient**

1. Der Vertrag über eine Behandlung ist ein Dienstvertrag. Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung an die für Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Osteopathen geltende Gebührenordnung. Mit Kenntnisnahme der Kosten gilt der Gebührensatz als vereinbart (§612 BGB).
2. Ein Termin mit z.B. Anamnese, Beratung, Aufklärung, Untersuchung, Behandlung dauert ca. 50 Minuten.
3. Selbstzahler werden gebeten den Betrag von 80 € **bar nach jeder Behandlung** zu entrichten.
4. Der Patient muss damit rechnen, dass er seine Aufwendungen nicht voll erstattet bekommt. Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit Ihrer Krankenkasse.
5. Die **Absage** eines Termins sollte spätestens **24 Stunden vor der Behandlung telefonisch** erfolgen, da es sich hier um eine sogenannte Bestellpraxis handelt. Das bedeutet die vereinbarten Termine werden ausschließlich für Sie als Patient reserviert. Bei einem nicht rechtzeitig abgesagten Termin oder Nichterscheinen, werden wir Ihnen gemäß §252 BGB ein Ausfallhonorar von 50 € privat in Rechnung stellen. Das Ausfallhonorar entsteht nicht, wenn das Nichterscheinen zum vereinbarten Termin unverschuldet war.
6. Nach Rechnungseingang hat der Patient eine **Frist von zwei Wochen** zur Begleichung der Kosten, unabhängig ob der Krankenversicherungsträger bereits eine Erstattung genehmigt hat.
7. Grundsätzlich kann JEDE Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Chiropraktik, Physiotherapie, Osteopathie, Akupunktur oder jeder anderen Methode.
8. Wir arbeiten mit gezielten und sanften Techniken und schulen uns regelmäßig weiter, somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum beschränkt.
9. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, sonst setzen wir Ihr Einverständnis voraus.

**Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
*Erziehungsberechtigte. Bei Minderjährigen der*

Inhaberinnen:  
Tamara Mörer & Kari Behnken

Selbständig tätig im ZOM:  
Petra Friesecke  
Marc Daly

Bunsenstr. 9  
37073 Göttingen  
Tel.: 0551-30 98 98 8  
Fax.:0551-30 98 98 9

zomgoettingen@googlemail.com  
www.goettingen-zom.d