



Osteopathie & Physiotherapie

Katrin Hilgert

Telefon: 06132/9743128
praxis@osteopathie-hilgert.de
www.osteopathie-hilgert.de

Brüder-Grimm-Straße 38
55218 Ingelheim

Aufklärungsbogen Osteopathie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr osteopathischer Therapeut hat sie eingehend äußerlich untersucht. Aufgrund des von Ihnen geschilderten Beschwerdebildes könnte eine weitere Untersuchung im Bereich des Darmausgangs oder auch im Intimbereich helfen eventuelle lokale Ursachen weiter einzugrenzen. Hierbei werden Techniken ähnlich der Untersuchung beim Proktologen /Gynäkologen angewandt.

1. Ihr/e Osteopath/in wird Sie über die bisherigen Ergebnisse der Untersuchung informieren. Er/sie wird Sie über die weitere Vorgehensweise und die damit verbundenen Risiken aufklären. Die Entscheidung über die Durchführung der Behandlung treffen Sie selbst.
2. Sollten Sie sich unsicher fühlen wird Ihnen ihr Therapeut gerne die Möglichkeit einräumen zur Untersuchung und Behandlung eine Begleitperson ihres Vertrauens mitzubringen.
3. Während der internen Behandlung haben Sie jederzeit die Möglichkeit den Behandlungsvorgang nach eigenem Ermessen abubrechen.
4. Nach eingehender mündlicher Aufklärung über die oben genannten Punkte räumt Ihnen Ihr/e Therapeut/in gerne Bedenkzeit zur Entscheidungsfindung bezüglich der internen Behandlung ein. Diese Bedenkzeit kann durchaus bis zum nächsten Behandlungstermin dauern, wenn Sie dies wünschen.
5. Die Durchführung über die Aufklärung bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift auf diesem Formular. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie für Ihre Unterlagen
6. Als Osteopathin sehe ich mich im Interesse einer seriösen Berufsausbildung – und Ausübung zu dieser Vorgehensweise verpflichtet. Als Patient/in haben Sie jederzeit die Möglichkeit Unregelmäßigkeiten an den Bundesverband Osteopathie e.V. (BVO) zu melden.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich bin mündlich ausführlich über die bisherigen Untersuchungsergebnisse und über die oben genannten Punkte informiert worden.
- Ich stimme einem Vorgehen mittels einer internen Behandlung zu. Auf meinen Wunsch hin ist die Behandlung jederzeit abubrechen.

Zusätzliche Vereinbarungen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____