

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir in der geplanten gemeinsamen Therapie gezielt auf Ihre Beschwerden und Erwartungen eingehen können, haben wir folgende Fragen an Sie zusammen gestellt.

Parallel dazu sind wir, ebenso wie Ärzte, dazu verpflichtet, Sie gemäß Patientenrechtegesetz aufzuklären. Bitte beantworten Sie die Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung am Ende des Bogens.

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummern:.....

Berufliche Tätigkeit:

Hat der verordnende Arzt Sie über Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert?

ja nein

Bitte ankreuzen:

1. Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden?

2 Wochen 4 Wochen 6 Wochen 6 Monate
 länger

evtl. OP-Datum:

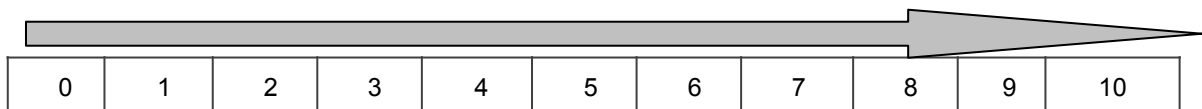
2. Welcher Art sind Ihre Beschwerden?

Bewegungseinschränkung und Schmerzen Entlastung
 Bewegungseinschränkung ohne Schmerzen Teilbelastung
 nur Schmerzen

3. Wann treten die Beschwerden auf?

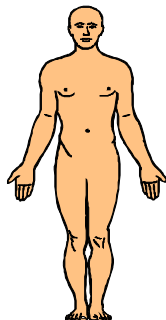
unter Belastung während der Arbeit beim Sport in Ruhe/nachts

4. Bitte versuchen Sie, die aktuelle Schmerzintensität auf der Skala mit einem Kreuz festzuhalten. (0 = keine Schmerzen 10= sehr intensiv)

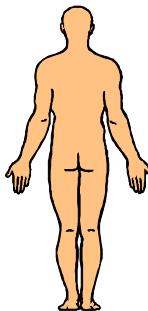


5. Bitte zeichnen Sie die Schmerzzonen / den Beschwerdebereich ein.

vorne



hinten



6. Mögliche Ursache:
.....

7. Bestehen durch Ihre derzeitigen Beschwerden Einschränkungen?

im Alltag im Beruf in der Freizeit

8. Welche Therapien haben Sie bisher gegen Ihre Beschwerden durchgeführt?

Medikamente (Schmerzmittel ärztlich verordnet) Spritzen
 Physikalische Maßnahmen/Krankengymnastik Heilpraktiker
 Sonstiges

9. Folgende Behandlungen sind vorgesehen:

10. Bestehen weitere Erkrankungen? (z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankung, Bluthochdruck, Allergie, Herzinfarkt....)

nein ja Wenn ja, welche:

11. Nehmen Sie andere Medikamente?

nein ja Wenn ja, welche:

Komplikationen

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkung. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Therapeuten.

Was erwarten Sie von unserer gemeinsamen Therapie?

.....

Behandlungsbeginn / Unterbrechung

Die Behandlung muss spätestens 14 Tage nach Ausstellungsdatum begonnen werden. Eine Behandlungsserie darf nicht länger als 14 Tage unterbrochen werden.

Zuzahlung / Kostenübernahme

Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahre haben, sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind, eine Zuzahlung in Höhe 10% des Verordnungswertes zuzüglich 10€ pro Verordnung an die Praxis zu leisten. Die Praxis handelt als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse.

Mit diesem Anmeldebogen machen wir Sie darauf aufmerksam, dass Termine 24 Stunden vorher abgesagt werden müssen, ansonsten müssen wir Ihnen den nicht rechtzeitig abgesagten Termin in Rechnung stellen.

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte alle mich interessierenden Fragen klären.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe.

Der vorgenannten Behandlung stimme ich zu

Berlin, den Unterschrift: