

Liebe Eltern,

damit wir in der geplanten gemeinsamen Therapie gezielt auf die Bedürfnisse / Beschwerden Ihres Kindes 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 des Kindes: ..... Geburtsdatum: .....

Name, Vorname der / des Versicherten: .....

Adresse: .....

Telefonnummern:.....

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

ja       nein

Bitte ankreuzen:

**1. Seit wann habt Ihr Kind Beeinträchtigungen / Beschwerden?**

2 Wochen       4 Wochen       6 Wochen       6 Monate  
 länger

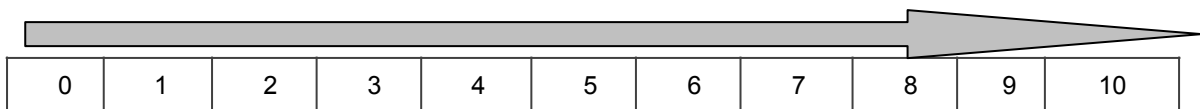
**2. Welcher Art sind die Auffälligkeiten / Beschwerden?**

Bewegungseinschränkung ohne Schmerzen  
 Bewegungseinschränkung und Schmerzen  
 nur Schmerzen  
 Andere: .....

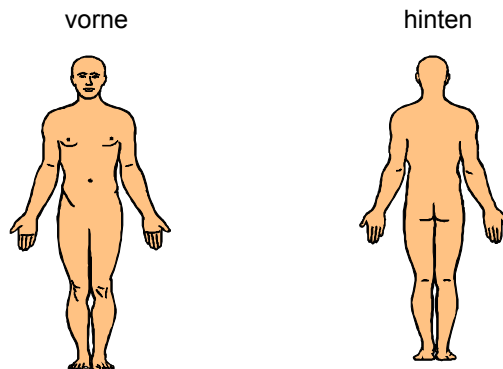
**3. Wann treten die Beschwerden auf?**

unter Belastung (z.B. Sitzen / Tragen)       beim Spielen / Sport       in Ruhe

**4. Im Falle von Schmerzen versuchen Sie bitte, 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.**



**6. Mögliche Ursache:** .....  
.....

**7. Bestehen durch die derzeitigen Beschwerden Einschränkungen?**

im Schulalltag  in der Freizeit

**8. Welche Therapien wurden bisher gegen die Beschwerden durchgeführt?**

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

**9. Folgende Behandlungen sind vorgesehen:** .....

.....

**10. Bestehen weitere Erkrankungen?**

nein  ja Wenn ja, welche: .....

**11. Nimmt Ihr Kind 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 Behandlung 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: .....