

Anmeldebogen und Datenschutzhinweise

Bitte vollständig ausfüllen und zum 1. Behandlungstermin mitbringen.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Mobil: _____ Telefon tagsüber: _____

Email: _____

Versicherung: _____ Privat: Beihilfe? ja nein

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Sport/Hobby: _____

Allgemeine Informationen:

Bei gesetzlich versicherten Patienten ist eine Zuzahlung von je 10 € + 10% der Behandlungskosten pro verordneter Leistung zu entrichten und ist beim ersten Termin bevorzugt per EC-Cash in der Praxis zu bezahlen. Sie können diese auch nach Erhalt einer Rechnung bequem überweisen.

Ihr Rezept muss spätestens am 14. Kalendertag nach Ausstellungsdatum begonnen werden. Nach Beginn der Therapie kann es max. für 14 Tage unterbrochen werden. Sollten Sie Ihr Rezept länger unterbrechen müssen, halten Sie bitte Rücksprache mit uns.

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden wir Ihnen gemäß § 615 BGB privat in Rechnung stellen.

Bitte bringen Sie zu jedem Termin ein körperlanges und ein kleines Handtuch mit. Darüber hinaus empfehlen wir bequeme Kleidung.

Hinweise zum Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass die/der Behandler/in dem behandelnden Arzt auf Verlangen Auskunft, insbesondere über Diagnose und Behandlung erteilt und ggf. Kopien der Behandlungsunterlagen, Therapieberichte, Heilmittelverordnungen zwecks Änderungen aushändigt oder in elektronische Form versendet.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ich gestatte die Einsichtnahme in die Dokumentation nur durch Personen, die ich ausdrücklich bevollmächtigt habe nein ja, folgende:

Anderen Kostenträgern, wie Krankenkasse, Rentenversicherungsträgern u.ä. gestatte ich die Einsichtnahme in die Patientendokumentation. ja nein

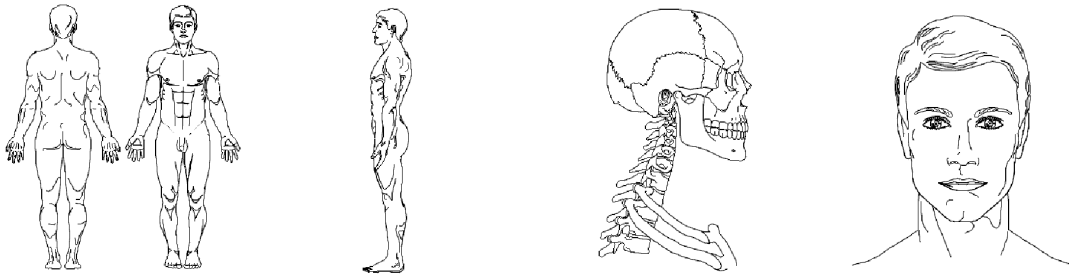
Datum

Unterschrift Patient/in (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)

Beschwerdebild

Um sie optimal behandeln zu können, benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

1.) Wo haben Sie Ihre Probleme? Bitte einzeichnen:



2.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

- 3.) Haben Sie Schmerzen und in welcher Situation? ja nein
 in Ruhe bei Bewegung
- 4.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein
- 5.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbeln/Taubheit)? ja nein
- 6.) Haben Sie einen Kraftverlust? ja nein

7.) Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden (Aktivitäten)? _____

8.) Seit wann haben Sie ihre Beschwerden? _____

9.) Gab es einen Auslöser für ihre Beschwerden (ungewohnte Aktivität, Unfall, etc.)?

10.) Was verbessert Ihre Beschwerden? Bewegung Ruhe Stehen Sitzen Liegen
 Gehen Tragen sonstiges: _____

11.) Was verschlechtert Ihre Beschwerden? _____

12.) Wie stark sind Ihre Schmerzen? **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (0=kein Schmerz, 10= max. Schmerz)

13.) Wie ist die Schmerzqualität? brennend dumpf stechend spitz klopfend
 klopfend anderes: _____

14.) Haben Sie Ihre Beschwerden: permanent mit Unterbrechungen

15.) Sind Ihre Beschwerden: gleich bleibend besser werdend verschlechternd

16.) Haben Sie Schmerzen beim: Husten Niesen Pressen Schlucken

17.) Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? ja nein

- 18.) Haben Sie Kopfschmerzen? ja nein
- 19.) Leiden Sie unter: Schwindel Übelkeit Ohnmachtsanfällen Schluckstörungen
- 20.) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes Rheuma Osteoporose
- 21.) Haben Sie Probleme mit den inneren Organen? (z.B. Verstopfung, etc.)? ja nein
- 22.) Haben Sie weitere Erkrankungen? Bluthochdruck Fieber Unwohlsein anderes: _____
- 23.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein? ja, welche: _____ nein
- 24.) Hatten Sie jemals einen Tumor, oder eine Krebserkrankung? ja nein
- 25.) Haben Sie nachts Schmerzen? ja nein
- 26.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja nein
- 27.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen? ja nein
- 28.) Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit dem Hauptproblem nicht im Zusammenhang stehen? (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc)? ja nein
- 29.) Glauben Sie, dass ihr Problem langfristig anhalten wird? ja nein
- 30.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt?
 Röntgen CT MRT Spritze Massage Physiotherapie anderes: _____
- 31.) Haben Sie neben Ihrem Hauptproblem, Probleme mit: Halswirbelsäule der Brustwirbelsäule
 der Lendenwirbelsäule des Kopfes des Schultergelenkes des Ellenbogens/der Hand
 der Hüfte der Knie der Füße inneren Organen Infektionskrankheiten

Information zur Patientenaufklärung

Haben Sie bei einem anderen Arzt/Therapeuten bereits ein Informations- und Aufklärungsgespräch geführt? ja nein

Sind Sie von der/dem verordneten Ärztin/Arzt umfänglich aufgeklärt worden ja nein

Wenn ja: Ich willige in die Behandlung ein: ja nein

Wenn Nein: Ihr/e behandelnde/r Therapeut/in wird Ihnen gern alle Fragen beantworten. Wünschen Sie Informationen zu? Befund/Diagnose Zielsetzung Art der Therapie Folgen und Risiken der Therapie Prognose der Therapie einer Behandlungsserie anderes: _____

Ich bin von der/vom Therapeuten/in untersucht worden, habe sämtliche Informationen, die für mich relevant sind, erhalten und bin umfänglich aufgeklärt worden, auch über mögliche Alternativen zur Behandlung. Weitere Fragen habe ich nicht. Ich willige in die oben beschriebene Therapie für die gesamte Behandlungsdauer ein.

Datum

Unterschrift Patient/in (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)