

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 € zzgl. 10% der Behandlungskosten pro verordneter Leistung zu entrichten und 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 28. Kalendertag nach Ausstellungsdatum begonnen 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 elektronischer 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

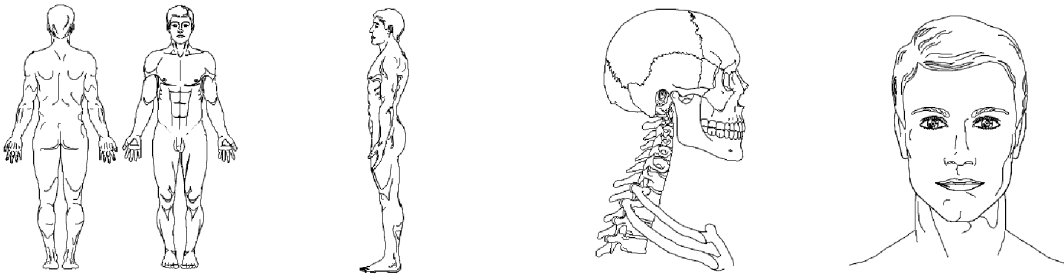
Datum

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
 anderes: _____
14. Haben Sie Ihre Beschwerden: permanent mit Unterbrechungen
15. Sind Ihre Beschwerden: gleich bleibend besser werdend verschlechternd
16. Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? ja nein
17. Haben Sie Kopfschmerzen? ja nein
18. Leiden Sie unter: Schwindel Übelkeit Ohnmachtsanfällen Schluckstörungen
19. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes Rheuma Osteoporose
20. Haben Sie weitere Erkrankungen? Bluthochdruck Fieber Unwohlsein anderes: _____
21. Nehmen Sie momentan Medikamente ein? ja, welche: _____ nein
22. Haben Sie nachts Schmerzen? ja nein
23. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja nein
24. Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen? ja nein
25. Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird? ja nein
26. Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt?
 Röntgen CT MRT Spritze Massage Physiotherapie anderes: _____
27. 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 Arzt/Therapeuten bereits ein Informations- und Aufklärungsgespräch geführt?
 ja nein
- Fühlen Sie sich ausreichend über die Behandlung aufgeklärt 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: _____

Datum

Unterschrift Patient/in (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)