

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Wohnort _____

Telefon privat _____ dienstlich _____

Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____

Versicherter _____

Zuzahlung befreit nicht befreit

Beihilfe berechtigt ja nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten (E-Mail, Postadresse, Handynummer) für an mich gerichtete Informationen (Terminbestätigung, Terminerinnerungen, Grüße) per Post und mittels Zusatzservices (SMS, E-Mail) von der Physiotherapiepraxis Physiofamily Koblenz nur für oben genannte Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Um noch mehr Zeit für Sie und Ihre Anliegen zu haben, übertragen wir die Abrechnung dem Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, das uns bei den bürokratischen Arbeiten entlastet.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie uns Ihr Einverständnis mit diesem Abrechnungsweg erklären. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie diesem Weg zu. Das Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH ist zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet und es werden keine Patientendaten an fremde Dritte weitergeleitet.

Ihre Daten werden als besonders sensible Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) vertraulich behandelt.

Datum _____

Unterschrift _____

BEHANDLUNGSVERTRAG für gesetzlich versicherte Personen

zwischen Physiofamily Koblenz,

im Folgenden Praxis und

Name, Vorname _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Wohnort _____

im Folgenden Patient/Versicherter.

1. Zuzahlungen und direkte Abrechnung der Praxis mit der Krankenkasse

Als Versicherter einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) entrichten Sie im Grundsatz nur die von der Kasse vorgeschriebene Zuzahlung. Dies ist entsprechend dem SGB V in den gültigen Rahmenverträgen mit ihrer Krankenkasse festgelegt. Der Eigenanteil ist spätestens bei der 2. Behandlungseinheit per EC-Karte zu entrichten. Barzahlungen werden nicht akzeptiert. Die ärztlich verordneten Therapien werden von uns gemäß der Verordnung durchgeführt und direkt mit Ihrem Versicherer verrechnet.

2. Wirtschaftliche Rückversicherung für zu erbringende Leistungen

Die Prüfung Ihrer Verordnung hat vor Behandlungsbeginn ergeben, dass diese ungültig ist. Sie wird dem Arzt vorgelegt. Wenn dieser die Verordnung nicht korrigiert, wird sie evtl. nicht von Ihrer Krankenkasse erstattet. Für den Eintritt dieses Falles verpflichten Sie sich, die von der Praxis erstellte Rechnung zu den Sätzen Ihres Versicherers zu begleichen. Die bereits geleistete Zuzahlung wird dabei verrechnet. Hiermit wird dies von Ihnen als Leistungsnehmer ausdrücklich bestätigt und berührt nicht unsere Verträge mit der GKV.

3. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform

Die oben genannten Bedingungen sind für beide Vertragspartner bindend, anders lautende mündliche Absprachen sind in Schriftform festzuhalten.

4. Terminabsagen

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir für jeden unentschuldig versäumten oder weniger als 24 Stunden zuvor abgesagten Termin eine Ausfallgebühr in Höhe von € 20,- , bei einem Doppeltermin in Höhe von € 40,- erheben.

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen und erkläre mich hiermit einverstanden.
Ich habe den Aufklärungsbogen für Patienten erhalten, gelesen und verstanden!

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift, Stempel Praxis

Sehr geehrte Patienten,

Der vorliegende Fragebogen dient als Ergänzung zum Erstgespräch mit Ihrem/Ihrer Therapeuten/In. Er gibt erste Hinweise darauf, ob Ihre Beschwerden physiotherapeutisch sinnvoll zu beeinflussen sind oder ob, begleitend oder vorab, eine genauere medizinische Abklärung notwendig erscheint.

Hierfür werden sowohl Informationen zu Ihrem Gesundheitsproblem als auch zu Ihrer allgemeinen Gesundheit benötigt.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

Offene Fragen werden in der Therapie besprochen.

Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.

Vom Therapeuten auszufüllen!

Eingangsdatum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

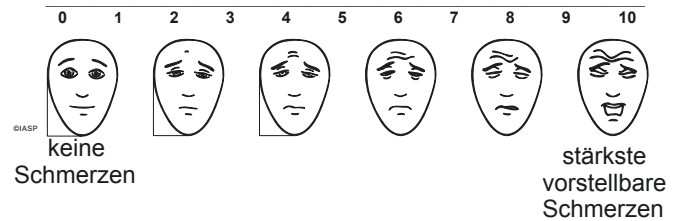
Dieser Fragebogen wurde mit großer Sorgfalt erstellt und dient ausschließlich Fachpersonal als Hilfsmittel im Screening Prozess. Die Benutzung erfolgt ohne Gewähr. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Ja Nein

--- Gesundheitliches Hauptproblem -----

1 Bitte zeichnen Sie grob Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben Sie diese kurz:

2 Bitte geben Sie auf der neben stehenden Skala Ihre maximale Schmerzstärke der letzten 48 Stunden an.



3 Treffen folgende Symptome auf Sie zu?
 Kribbeln Taubheitsgefühle Lähmungserscheinungen Spastiken

4 Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden: _____

5 Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen?

6 Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde?
Kurze Beschreibung: _____

7 Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)?

8 Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?

9 Haben Sie Nachtschmerzen?

10 Sind Ihre Beschwerden abhängig von Bewegung und/oder Haltung?

11 Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können, z.B. stützen, stehen, gehen, aufrichten? Welche? _____

Allgemeiner Gesundheitszustand

12 Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

13 Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren?

14 Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?

15 Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infektionen pro Jahr)

16 Leiden Sie unter Schluckstörungen?

17 Haben Sie eine anhaltende Heiserkeit oder einen ungewöhnlichen Husten?

18 Haben Sie erhöhte Temperatur, Fieber oder Schüttelfrost?

19 Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen?

20 Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

21 Leiden Sie unter folgenden Symptomen? Schwindel Übelkeit Erbrechen

22 Haben Sie Gleichgewichtsprobleme, Gangstörungen oder stürzen Sie manchmal?

23 Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung? Falls ja, weshalb: _____

- 24 Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt?
- 25 Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?
- 26 Sind Sie generell weniger leistungsfähig oder kommen schnell außer Atem?
- 27 Sind bei Ihnen nachfolgende Erkrankungen bekannt:
- Diabetes Osteoporose Tuberkulose Störung der Schilddrüse
 - Krebs Arteriosklerose Organstörungen Blutgerinnungsstörungen
 - Hepatitis HIV / AIDS Hormonstörungen neurologische Erkrankungen
 - Sonstige: _____
- 28 Nehmen Sie Medikamente **oder** Hormone ein?

Grund der Einnahme	Medikament / Präparat	Seit

- 29 Haben Sie über längere Zeit Kortison eingenommen?
- 30 Hatten Sie bereits Knochenbrüche und/oder Operationen?
- 31 Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____
- 32 Haben Sie früher geraucht und seit wann rauchen Sie nicht mehr? _____
- 33 Sind bei Ihnen Veränderungen des Bluthochdrucks bekannt?
- 34 Bemerken Sie Veränderungen wie z.B. Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen, erhöhte Müdigkeit, erhöhte Reizbarkeit an sich selbst?
- 35 Haben Sie Veränderungen bei der Kontrolle von Blase und/oder Darm festgestellt?
- 36 Kommt es zu plötzlichem oder fortschreitendem Kraftverlust in Armen oder Beinen?
- 37 Gab es in Ihrer Familie Fälle von:
- Krebs Osteoporose
 - Herzerkrankungen Schlaganfall Bluterkrankungen

Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden mitteilen möchten?

Erklärung

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift!

Unterschrift _____

Ergebnis:

- Physiotherapie Abweichendes Muster
 Warnzeichen Abweichender Verlauf

Zeichen oder Symptome, die einer weiteren Abklärung bedürfen:

Weiteres Vorgehen:

- Therapie Arztkonsultation empfohlen
 Probebehandlung und Kontaktaufnahme mit dem Arzt

Mit der Unterschrift bestätigen Patient und Therapeut, dass der Fragebogen, alle Fragen und Unklarheiten besprochen und geklärt wurden.

Datum

Unterschrift, Patient

Unterschrift, Therapeut