

BEHANDLUNGSVERTRAG für privat versicherte Personen

zwischen Physio Family Koblenz, im Folgenden Praxis und

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Wohnort _____

im Folgenden Patientin Versicherter.

Telefon privat _____ dienstlich _____

Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____

Versicherter _____

Beihilfe berechtigt ☐ ja ☐ nein

Die Erstattungssätze der Beihilfe können sich von den üblichen Gebührensätzen für Privatpatienten unterscheiden.

Wie wurden Sie
auf uns aufmerksam? _____

Für eine transparente und reibungslose Abwicklung der Abrechnung arbeiten wir mit einem externen Abrechnungszentrum zusammen. Wir übertragen die Abrechnung an die Opta Data Finance GmbH, die 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. Die Opta Data Finance 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.

Sie erhalten Ihre Rechnung direkt von unserem Partnerunternehmen.

1. Der Vergütungssatz beträgt je Behandlungseinheit:

_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____

2. Der Gesamtpreis für die Behandlung beträgt demnach:

€ _____

3. Ausfallgebühr

Die Termine sind unabhängig von der Terminvereinbarung einzuhalten. Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine einzuhaltende Pflicht. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen in Rechnung gestellt. In Folge dessen erhalten Sie einen neuen Termin. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei nach der für die Behandlung vereinbarten Vergütung. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

4. Patientenaufklärung

Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden:

☐ ja ☐ nein

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie ausreichend von Ihrem Therapeuten über die vorgeschlagene Behandlung informiert worden sind, dass Sie diese Information verstanden haben und dass Sie Ihrem Therapeuten die Erlaubnis geben, HVLT-Techniken während der Behandlungen durchzuführen.

5. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform

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

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 Physio Family Koblenz nur für oben genannte Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.

6. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags ist mir ausgehändigt worden.

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.

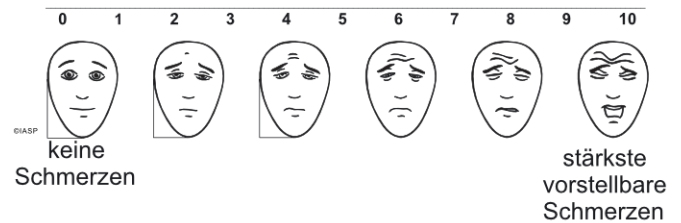
Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

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: _____

Ja Nein

- 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