



Liebe Klientin, lieber Klient,

um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie sie zunächst aus, wir helfen Ihnen gern.

Vielen Dank!

NACHNAME: _____ VORNAME: _____

ADRESSE: _____ PLZ, WOHNORT: _____

GEBURTSDATUM: _____ BERUF: _____

TELEFON: _____ MOBIL: _____ E-Mail: _____

Allgemeines:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie regelmäßig oder haben Sie früher regelmäßig geraucht? NEIN / JA

Sind Sie aktuell bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

____ Hausarzt ____ Psychiater/Psychologe Andere: _____

____ Facharzt ____ Physiotherapeut/Krankengymnast

____ Zahnarzt ____ Heilpraktiker Datum der letzten Untersuchung: _____

Für welche Art von Beschwerden wurden Sie in den letzten drei Monaten bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt? _____

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

JA / NEIN Krebs. Wenn JA, welche Art? _____

JA / NEIN Herz-Kreislaufprobleme. Wenn JA, welcher Art? _____

JA / NEIN Asthma

JA / NEIN Magengeschwüre

JA / NEIN Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen

JA / NEIN Schilddrüsenprobleme

JA / NEIN Diabetes

JA / NEIN Multiple Sklerose

JA / NEIN Rheumatoide Arthritis oder andere entzündliche Gelenkerkrankungen

JA / NEIN Depressionen

JA / NEIN Hepatitis

JA / NEIN Tuberkulose

JA / NEIN Schlaganfall

JA / NEIN Nierenerkrankungen. Wenn JA, welche Art? _____

JA / NEIN Thrombose

JA / NEIN Osteoporose

JA / NEIN andere _____

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster,...):

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____



Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (z.B. Knochenbrüche, Bandverletzungen, ...), Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden, und jeden Krankenhausaufenthalt unter Angabe des Grundes, und das ungefähre Datum (Jahr):

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____

Wurde ein Familienmitglied (Eltern, Geschwister) von Ihnen jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt?

| | | | |
|-----------|--|-----------|-------------------------------------|
| JA / NEIN | Diabetes | JA / NEIN | Krebs |
| JA / NEIN | Herzerkrankung | JA / NEIN | Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente) |
| JA / NEIN | hoher Blutdruck | JA / NEIN | Depressionen |
| JA / NEIN | Schlaganfall | JA / NEIN | Nierenerkrankung |
| JA / NEIN | Entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma, M. Bechterew) | | |

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?

| | | | |
|----------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| Aspirin | JA / NEIN | waren diese verordnet | JA / NEIN |
| Paracetamol | JA / NEIN | | JA / NEIN |
| Ibuprofen, Diclofenac, etc | JA / NEIN | | JA / NEIN |
| Medikamente gegen Magengeschwüre | JA / NEIN | | JA / NEIN |

Andere, die Ihnen nicht verordnet wurden: _____

Leiden Sie unter einem oder mehreren der unten genannten Symptome?

| | | | |
|-----------|----------------------------------|-----------|-------------------------------------|
| JA / NEIN | Gewichtsveränderung | JA / NEIN | Gelenk-/Muskelschwellung |
| JA / NEIN | Übelkeit/Erbrechen | JA / NEIN | unerklärte Hämatome (blaue Flecken) |
| JA / NEIN | Schwindel | JA / NEIN | starke Blutung |
| JA / NEIN | Müdigkeit | JA / NEIN | Atemnot |
| JA / NEIN | Schwächegefühl | JA / NEIN | regelmäßiges Husten |
| JA / NEIN | Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen | JA / NEIN | Arm- oder Beinschwellung |
| JA / NEIN | Kribbeln oder Taubheit | JA / NEIN | Herzrasen |
| JA / NEIN | Zittern | JA / NEIN | Schluckbeschwerden |
| JA / NEIN | Anfallsleiden / Epilepsie | JA / NEIN | Sodbrennen |
| JA / NEIN | Doppelbilder sehen | JA / NEIN | Verstopfung / Durchfall |
| JA / NEIN | Verlust der Sehschärfe | JA / NEIN | Blut im Stuhl |
| JA / NEIN | gerötete Augen | JA / NEIN | Post Menopause /Wechseljahre |
| JA / NEIN | Hautausschlag | JA / NEIN | Probleme beim Wasserlassen |
| JA / NEIN | Schlafstörungen | JA / NEIN | Urininkontinenz |
| JA / NEIN | Störungen in der Sexualfunktion | JA / NEIN | Blut im Urin |
| JA / NEIN | nächtliches Schwitzen | JA / NEIN | (mögliche) Schwangerschaft |
| JA / NEIN | Hörstörungen | JA / NEIN | Stress bei der Arbeit oder zu Hause |

Gibt es weitere gesundheitsrelevante Informationen, die wir noch nicht abgefragt haben?

Wie haben Sie von uns erfahren?

___ Empfehlung durch Arzt ___ Empfehlung durch Bekannte/n ___ Internet
___ Telefonbuch ___ Flyer gefunden ___ Außenwerbung anderes: _____



Aufklärung

Therapiemaßnahme/n: Die vorgesehenen Heilmittel sind / werden auf der Verordnung spezifiziert.

Untersuchungs- und Behandlungsprozess: Jedem Behandlungsplan geht in unserer Praxis eine umfassende physiotherapeutische Untersuchung voraus. Zur physiotherapeutischen Untersuchung gehören eine gründliche Anamnese und eine individuelle körperliche Untersuchung. Aus diesen Informationen wird Ihre Therapeutin / Ihr Therapeut eine physiotherapeutische Diagnose und eine zielgerichtete Behandlungsstrategie mit Ihnen entwickeln.

Mögliche Komplikationen: In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne anhaltende unerwünschte Nebenwirkungen. Kurzzeitige Schmerzverstärkungen können vorkommen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten (z.B. Schwindel, Übelkeit, Seh- oder Hörstörungen, etc.), informieren Sie bitte umgehend Ihre/n Behandler/in.

Behandlungsbeginn / Behandlungsunterbrechung: Die Behandlung muss spätestens 28 Tage (bei dringendem Behandlungsbedarf 14 Tage) nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen. Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung selbst in der Regel für längstens 28 Kalendertage unterbrochen werden.

Einhaltung von Behandlungsterminen: Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Wir weisen darauf hin, dass wir die Behandlung nach wiederholtem unentschuldigtem Versäumen von vereinbarten Terminen gegebenenfalls abbrechen.

Behandlungsdauer: Die von den Krankenkassen vorgesehene Zeit für eine Behandlungseinheit beträgt 15 - 25 min.

Vergütung der Therapieleistungen:

a) Gesetzlich versicherte Klient/innen ab dem 18. Lebensjahr haben gemäß den §§32, 43c und 61 SGB V einen in der Höhe gesetzlich geregelten Eigenbeitrag zu leisten. Informieren Sie sich bitte bei Ihrer Therapeutin / Ihrem Therapeuten über die genaue Höhe.

b) Privat versicherte und beihilfeberechtigte Klient/innen haben den von uns in Rechnung gestellten Betrag in voller Höhe zu begleichen und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung. Die derzeit gültigen Vergütungssätze für die verschiedenen physiotherapeutischen Therapiemethoden sowie die Behandlungszeiten entnehmen Sie bitte der Preisliste im Downloadbereich unserer Homepage, dem Aushang in der Praxis oder fragen Sie Ihre Therapeutin / Ihren Therapeuten.

Datenschutz: Bitte beachten Sie die Hinweise in der von Ihnen zu unterschreibenden Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung.

Der Übermittlung gesundheits- und therapiebezogener Informationen wie Befunde, Therapiestrategien, Differentialdiagnosen und insbesondere Hinweise auf vorliegende Risiken an andere in die Therapie einbezogene Personen stimme ich zu.

x
Unterschrift

Kenntnisnahme: Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

x _____
Klient/in, Bevollmächtigte/r, Sorgeberechtigte/r*



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **Physiotherapie am Weißen Hirsch** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation sowie zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an die Krankenkasse und / oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen sowie zur Dokumentation der Therapieleistung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.

Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Physiotherapie am Weißen Hirsch
Marcus Trocha
Collenbuschstr. 16
01324 Dresden

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

.....
Ort, Datum

x
Unterschrift