



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	Unininkontinenz
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

Wie haben Sie von uns erfahren?

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



Aufklärung

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,
sehr geehrte Angehörige, sehr geehrte Eltern,

nach dem Patientenrechtegesetz, insbesondere der Neuregelungen in 2013, sind Physiotherapeut/innen ebenso wie Ärzt/innen zur Aufklärung ihrer Patient/innen verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und bestätigen unten das Lesen und die Kenntnisnahme durch Ihre Unterschrift.

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

Untersuchungs- und Behandlungsprozess:

Jedem Behandlungsplan muss eine umfassende physiotherapeutische Untersuchung vorausgehen. 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 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 14 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen. Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung selbst in der Regel für längstens 14 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 Behandlungszeit beträgt 15 – 25 min.

Zuzahlung / Kostenübernahme:

Gesetzlich versicherte Klient/innen ab dem 18. Lebensjahr haben einen in der Höhe gesetzlich geregelten Eigenbeitrag zu leisten. Informieren Sie sich bei Ihrer Therapeutin / Ihrem Therapeuten über die genaue Höhe.

Privat versicherte und beihilfeberechtigzte Klient/innen haben den von uns in Rechnung gestellten Betrag in voller Höhe zu begleichen, ungeachtet der von der jeweiligen Versicherung erstatteten Kosten.

Therapieberichte:

Wir erstellen fundierte und aussagekräftige Therapieberichte. Dies erfordert Arbeitszeit. Die Honorierung der gesetzlichen Krankenkassen für die Erstellung eines Therapieberichts beträgt aktuell 70 Cent! Die privaten Krankenversicherungen haben überhaupt keinen Tarif dafür vorgesehen! Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen für die Erstellung eines Therapieberichtes 10 EUR in Rechnung stellen müssen.

Kenntnisnahme:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

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