



Aufnahmebogen zur physiotherapeutischen Behandlung

Herzlich Willkommen!

Liebe Patienten,

meine Kollegen und ich freuen uns, Sie in der Praxis **Physiogalerie** Helfrich & Kollegen begrüßen zu dürfen und wünschen Ihnen baldige Genesung.

Um Sie hierbei optimal unterstützen und betreuen zu können, benötigen wir einige allgemeine und spezielle Informationen über Sie und Ihre Gesundheit. Daher bitten wir Sie, unser Aufnahmeformular nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen.

Durch verschiedene gesetzliche Regelungen sind wir verpflichtet, Sie auf einige Punkte hinzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu die Seite „Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung“, auch online einsehbar unter www.physiogalerie.com

Falls Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben sprechen Sie uns einfach an. Wir kümmern uns darum! *Ihre Ursula Helfrich & Kollegen*

Meine Daten

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Haus-Nr.

PLZ und Ort

Telefon (Mobil)

Telefon (Festnetz)

Telefon (Arbeit)

E-Mail

Überweisender Arzt

Hausarzt

Wie sind Sie auf die Praxis **Physiogalerie** aufmerksam geworden?

☐ Arzt

☐ Familie

☐ Freunde/Bekannte

☐ Arbeitskollegen

☐ Telefonbuch

☐ Internet

☐ Sonstige

Für Privatpatienten

☐ Ich bin beihilfeberechtigt

☐ Ich bin nicht beihilfeberechtigt

Für Kassenpatienten

☐ Ich bin zuzahlungsbefreit (Bitte Ausweis vorlegen!)

☐ Ich bin nicht zuzahlungsbefreit

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten und habe die Informationen „**Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung**“ auf dem Beiblatt/Rückseite oder online unter www.physiogalerie.com zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift

Physiogalerie · Helfrich & Kollegen

Inh.: U.Helfrich · Nibelungenstraße 28a · 64625 Bensheim · Telefon: 06251-1365299

E-Mail: info@physiogalerie.com · Internet: www.physiogalerie.com



Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung

Das sollten Sie wissen!

Massage On Top Sie möchten sich direkt im Anschluss an Ihre Behandlung* noch eine kurze Entspannungsmassage gönnen? Dann bleiben Sie doch einfach liegen. Sie erhalten bei uns auf Wunsch eine Massage On Top (5-10 Min.) für 10.00 Euro.

Wir entspannen Sie gerne. Sprechen Sie uns einfach an!

* z. B. die Behandlungszeit einer Krankengymnastik/Manuelle Therapie-Einheit beträgt bei der gesetzlichen Krankenkasse ca. 15-20 Minuten

Datenschutz Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO und nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse. Sollten Sie unseren Service zur Vereinbarung bzw. Absage von Terminen, Anfragen, Praxisinformationen und -Angebote per E-Mail/SMS nutzen wollen, wird Ihre E-Mail Adresse/Mobilnummer einzig zu diesem Zweck bei uns gespeichert. Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen. Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen.

Patientenaufklärung Wir gehen davon aus, dass Sie ausreichend von Ihrem verordnenden Arzt über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung und deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden sind. Falls nicht, sprechen Sie uns an. Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung von unserer Seite geben, wird diese durch Ihren Therapeuten vor Behandlungsbeginn 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.

Zuzahlung (nur für gesetzlich versicherte Patienten) Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung. Falls Sie einen Befreiungs- ausweis haben, legen Sie diesen doch bei der ersten Behandlung vor.

Hygiene Um einen hohen Hygienestandard zu gewährleisten, bringt jeder Patient für den Zeitraum der Behandlung ein eigenes Handtuch mit. Dieses wird in den Patientenfächern bei Bedarf aufbewahrt. Um vor allem in Erkältungszeiten Sie, unsere immungeschwächten Patienten und uns vor Viren und Bakterien zu schützen, befindet sich direkt am Praxiseingang der Handdesinfektionsspender, den Sie gerne vor Behandlungsbeginn nutzen können.

Behandlungsrelevante Daten Wir sind bemüht, Sie umfassend und optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir alle behandlungsrelevanten Details von Ihnen. Gerne können Sie uns hierzu vorhandene Arztberichte und -befunde vorab per Mail (info@physiogalerie.com) zusenden oder zum Behandlungstermin mitbringen. Ergänzend dazu beachten Sie bitte unseren Anamnesebogen. Wir führen die physiotherapeutische Behandlungen aufgrund einer kassen- oder privatärztlichen Verordnung durch. Die für die Durchführung der Therapiemaßnahme notwendigen Informationen befinden sich auf der kassen- oder privatärztlichen Verordnung. Weitere Informationen über Ihre Person und Ihren Gesundheitszustand sind aus der ärztlichen Heilmittelverordnung nicht ersichtlich und dürfen auch nicht von Ihrem behandelnden Arzt ohne Ihre Zustimmung an uns übermittelt werden. Unter Umständen kann es für die Durchführung der Therapie und/oder den Therapieerfolg aber sinnvoll sein, weitere Informationen über Ihren Gesundheitszustand sowie über die Belastungen, denen Sie im Alltag (im Beruf oder in der Freizeit) ausgesetzt sind, zu erhalten. Dieser Aufnahmebogen dient dazu, noch individueller auf Ihre Person und Ihre gesundheitlichen Probleme eingehen zu können. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind, die Fragen des Anamnesebogens zu beantworten. Sie können selbstverständlich auch nur einzelne Fragen beantworten. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an unbeteiligte Dritte ohne Ihre Zustimmung weitergegeben.

Terminorganisation 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 für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die mit Ihnen vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden. Sofern Sie gesetzlich versichert sind, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzliche Krankenkassen zahlen, entnehmen Sie bitte der jeweiligen Vergütungsvereinbarung, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und uns abgeschlossen worden ist. Diese können Sie auf der Internetseite Ihrer Krankenkasse einsehen. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird. Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.

Abrechnung Kassenärztliche Heilmittelverordnungen und BG-Verordnungen rechnen wir direkt mit Ihrer Krankenkasse bzw. Berufsgenossenschaft über die Optica ab. Die Behandlungen, die aufgrund privatärztlicher Verordnungen erfolgen, rechnen wir direkt gegenüber dem Privatpatienten nach den vereinbarten Honorarsätzen ab. Behandlungen, die ohne ärztliche Verordnung in Anspruch genommen werden, rechnen wir ebenfalls direkt mit dem Patient nach den vereinbarten Honorarsätzen ab.



Anamnesebogen zur physiotherapeutischen Behandlung

Das sollten wir wissen!

Liebe Patienten,

dieser Bogen dient dazu, ein umfassendes und sicheres physiotherapeutisches Management zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Dies ist die Grundlage für die genauere physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung.

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

1.1. Welche/n Beruf/e üben Sie aus? _____

1.2. Wie viel Zeit verbringen Sie hierbei im Sitzen? ca. _____ Stunden/Prozent (Nichtzutreffendes streichen)

1.3. Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag bewegen/tragen? ☐ Ja, ca. _____ kg ☐ Nein

1.4. Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie? _____

1.5. Welche Hobbys führen Sie regelmäßig durch? _____

1.6. Hatten Sie in den letzten Jahren chirurgische Eingriffe (Operationen)? ☐ Nein ☐ Ja, folgende (ggf. Extrablatt):

1.7. Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, wegen und bei _____

2.1. Leiden Sie an Osteoporose? ☐ Ja ☐ Nein

2.2. Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten Jahren um ca. 4 cm verkleinert? ☐ Ja ☐ Nein

2.3. Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren Sturz? ☐ Ja ☐ Nein

2.4. Rauchen Sie _____ Zigaretten/Tag? ☐ Ja ☐ Nein

2.5. Trinken Sie regelmäßig/täglich, über 12 Gramm/0,3 Liter Bier als Frau
bzw. 24 Gramm/0,6 Liter Bier als Mann, Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

2.6. Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein

2.7. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal? ☐ Ja ☐ Nein

3.1. Haben Sie neue oder wiederholt auftretende weiche Schwellungen
eines oder mehrerer Gelenke? ☐ Ja ☐ Nein

3.2. Leiden Sie unter Morgensteifigkeit der Gelenke, die mindestens 30 Minuten andauert
und dabei unüberwindbar bleibt? ☐ Ja ☐ Nein

3.3. Haben Sie Schmerzen, die am frühen Morgen (ca. 3-4 Uhr) noch vor dem Aufstehen massiv auftreten
und den Schlaf stören? ☐ Ja ☐ Nein

3.4. Haben Sie Schmerzen, die durch Bewegung nicht besser werden? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte wenden!

- 4.1. Sind in der letzten Zeit Probleme mit dem Halten/Kontrollieren von Harn und Stuhl aufgetreten? ☐ Ja ☐ Nein
- 4.2. Haben Sie Probleme beim ☐ Husten ☐ Niesen ☐ Pressen ☐ Einatmen? ☐ Ja ☐ Nein
- 4.3. Leiden Sie an ☐ Kopfschmerzen ☐ Schwindel ☐ Übelkeit ☐ Sprachproblemen
☐ Schluckproblemen? ☐ Ja ☐ Nein
- 4.4. Haben Sie das Gefühl, auf Watte zu gehen? ☐ Ja ☐ Nein
- 5.1. Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?
☐ Ja, in folgendem/n Bereich/en: _____ ☐ Nein
- 5.2. Haben Sie in letzter Zeit einen plötzlichen und ungewollten Gewichtsverlust ($\geq 5\%$ des Körpergewichts in 6 Monaten) festgestellt? ☐ Ja ☐ Nein
- 5.3. Leiden Sie unter häufigen Infekten (≥ 5 Infektionen/Jahr)? ☐ Ja ☐ Nein
- 5.4. Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank? ☐ Ja ☐ Nein
- 5.5. Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Temperatur oder nächtliches Schwitzen? ☐ Ja ☐ Nein
- 6.1. Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst? ☐ Ja ☐ Nein
- 6.2. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? ☐ Ja ☐ Nein
- 6.3. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen,
die Sie sonst gerne tun? ☐ Ja ☐ Nein
- 6.4. Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam? ☐ Ja ☐ Nein
- 7.1. Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen
körperliche Anstrengung Brustschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein
- 7.2. Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung
ausüben können? ☐ Ja, weil _____ ☐ Nein
- 7.3. Leiden Sie an Diabetes mellitus oder einer anderen Stoffwechselerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein
- 8.1. Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose, HIV, Blut-
gerinnungsstörungen, Bluthochdruck etc.)? ☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

- 8.2. Nehmen Sie momentan Medikamente/Hormone ein?
☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

- 8.3. Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden uns mitteilen möchten?
(z. B. Schwangerschaft, Verletzung/Unfall o.ä.)
☐ Nein ☐ Ja, und zwar _____
