

Willkommensschreiben



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
entsprechend dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten und Heilpraktiker ebenso wie Ärzte zur
Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Die Aufklärung erfolgt vor allem mündlich. Dieser Bogen dokumentiert
die mündliche Aufklärung.

Bitte füllen Sie diese Anmeldung und den rückseitigen Fragebogen vollständig aus.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name	Vorname	Geburtsdatum
Telefon (privat)	Mobiltelefon	E-Mail-Adresse
Straße /Nr.	PLZ	Ort
Krankenkasse	Hausarzt	Empfohlen von

Aufklärung:

Befund und Diagnose; Geplante Maßnahmen; Geplanter Umfang; Erfolgsaussichten
Risiken und Nebenwirkungen; Mitwirkungspflicht des Patienten; Risiken bei ausbleibender
Behandlung; Alternative Behandlungsmöglichkeiten; Evtl. Notwendigkeit einer zusätzlich ärztlichen
Vorstellung; Kosten der Behandlung / Zuzahlung; Kostenübernahme durch die Versicherung

Einwilligung:

- Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.
- Der Kunde willigt ein, dass die Therapeuten der Praxis jederzeit während der laufenden Behandlung den behandelnden Arzt konsultieren können. Diese(r) wird durch die folgende Unterschrift für die Dauer der Behandlung von der Schweigepflicht entbunden.
- Der Patient erklärt, ausführlich über die aufgeführten Themen informiert und aufgeklärt worden zu sein.

Auf Grundlage des Aufklärungsgesprächs stimme ich der Therapie entsprechend zu.

Bad Oeynhausen den,

Unterschrift Teilnehmer

Fragebogen

Dieser Bogen dient dazu, eine sichere physiotherapeutische Behandlung zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Er ist Grundlage der genaueren physiotherapeutischen Untersuchung.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit „Neutral“ oder bei Fragen mit einem Fragezeichen. Offene Fragen werden in der Therapie besprochen.

Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.

Name:

Datum:

Fragen zu Ihren Beschwerden

	Ja	Neutral	Nein
1. Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie: <input type="checkbox"/> Rheuma; <input type="checkbox"/> Osteoporose; <input type="checkbox"/> Diabetes; <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauf-Erkrankungen; <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden? _____.			
5. Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde? Kurze Beschreibung: _____.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Nachtschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können? Welche? _____.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zu welcher Tageszeit sind Ihre Schmerzen am Stärksten? _____.			

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


