

# PHYSIO ONE

## PHYSIO ONE (Mobile Physiotherapie)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name:		Vorname:		
Adresse :				
Telefon privat:		Telefon geschäftlich:		
Mobil:		E-Mail:		
Geb-Datum:		Beruf:		
Sport / Hobby:		Hausarzt:		
Versicherung		gesetzlich <input type="checkbox"/>	privat <input type="checkbox"/>	Beihilfe <input type="checkbox"/>
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	Telefonbuch <input type="checkbox"/> Anzeige <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/>	Flyer <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/>	

### Preise für Privatversicherte:

Die Preise, die wir Ihnen in Rechnung stellen, richten sich nach dem 1.4 fachen Satz der Heilmittelpreise der GKV. Auf Wunsch bieten wir Ihnen eine Verlängerung der Therapiezeit durch einen höheren Abrechnungssatz an. Sollten Differenzen zur Ihrer Kassenerstattung bestehen, ist der Restbetrag von Ihnen selber zu tragen, wir sind immer bemüht eine für beide Vertragsparteien optimale Lösung zu finden. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Information über die aktuellen Preise.

### Terminabsagen

Bitte informieren Sie uns so früh wie möglich, aber mindestens 24 Stunden vorher, wenn Sie zu Ihrem Termin nicht anwesend sein können. Sollten Sie Ihren Termin nicht oder zu spät absagen, stellen wir Ihnen den Termin in Höhe der Heilmittelverordnung in Rechnung.

### Datenschutzerklärung

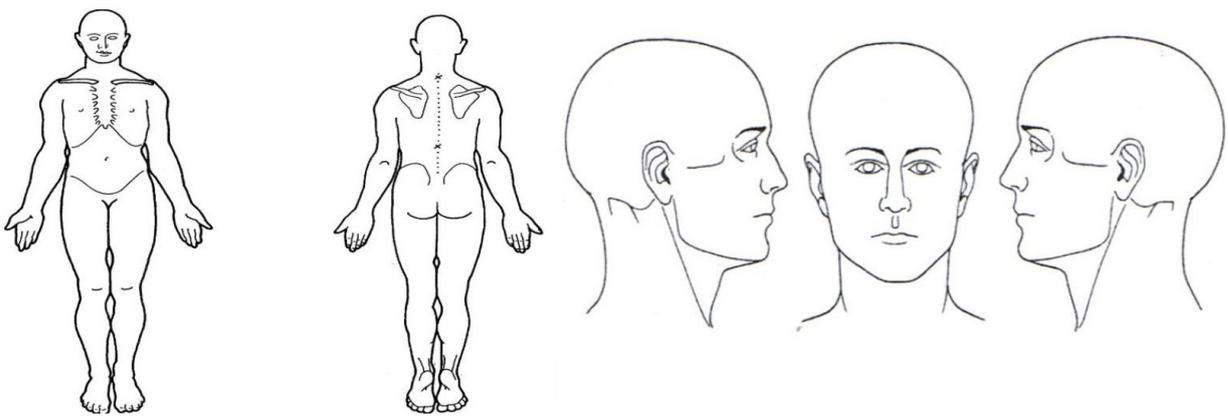
Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und erkenne ich an.

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten ggf. an den behandelnden/ überweisenden Arzt bzw. Hausarzt, einen praxisinternen Kollegen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben werden dürfen (z.B. Therapieberichte auch per E-Mail).

.....  
Datum

Unterschrift



1	<p>Wo haben Sie Probleme? (bitte einzeichnen)</p> 	<p>Physiotherapie   Kurse   Personal-Training</p>
2	<p>Leiden Sie unter Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden oder Doppelbildern?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
3	<p>Sind Sie Asthmatiker, Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose oder andere Erkrankungen?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
4	<p>Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
5	<p>Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
6	<p>Haben Sie Kopfschmerzen oder nachts Schmerzen?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
7	<p>Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
8	<p>Hatten Sie in der letzten Woche Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
9	<p>Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
10	<p>Haben Sie sonstige Beschwerden? Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
11	<p>Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich nicht ratsam, körperlich aktiv zu sein.</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
12	<p>Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig Sorgen.</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
13	<p>Ich fühle, dass ich schreckliche Schmerzen habe und dass sie nicht besser werden.</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
14	<p>Im Allgemeinen hatte ich keine Freude an den Dingen, die ich sonst gerne mache.</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
15	<p>Wie störend waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen? überhaupt nicht <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> äußerst stark <input type="checkbox"/></p>	
16	<p>Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?</p>	