

Anamnesebogen & Behandlungsvertrag

Angaben zu meiner Person:

Name: _____ Vorname: _____
Geb. Datum: _____ Versicherung: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Tel. Privat: _____ Geschäftlich/Handy: _____

E-Mail für papierlose Rechnung: _____

Wie sind sie Versichert ?

Voll Privat versichert Beihilfe versichert Heilpraktikerrezept

Wichtige Hinweise/ Informationen:

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass bei **nicht rechtzeitiger Terminabsage** (d.h. 24Std. vor Behandlungstermin) eine **Ausfallgebühr** geltend gemacht werden muss, da es in den meisten Fällen nicht möglich ist, Ihren Termin noch an andere Patienten zu vergeben.

Bitte informieren Sie sich vor der Behandlung ob und welche Kosten Ihre Krankenkasse übernimmt, da der Behandlungsvertrag grundsätzlich nur zwischen Ihnen, dem Patient von Praxis „Private Physiotherapie Nina Pflug“ zustande kommt. Auch in Fällen, in denen Ihre Krankenkasse zu keiner oder nur zur anteiligen Kostenübernahme verpflichtet ist, liegt die **Zahlungspflicht** für die Behandlung **bei Ihnen/ dem Patienten**.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die oben genannten Vertragsbedingungen an.

Mir ist bewusst, dass die Vereinbarungen für jeden Behandlungsfall (Rezept) voll Gültigkeit hat.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
es ist mein Ziel, Sie optimal zu Behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?

Herzinfarkt Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Diabetes Krampfanfälle

Nierenerkrankungen Schilddrüsenerkr. Atemwegserkrankungen Allergien

Rheuma Arthrose Osteoporose Migräne/Kopfschmerzen

Neurologische Erkrankungen? Spastik Lähmung Taubheitsgefühle

Sonstige Erkrankungen / Beschwerden: _____

Krebserkrankungen ?

nein

ja welche? _____

Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV ect.) ?

nein

ja welche? _____

Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?

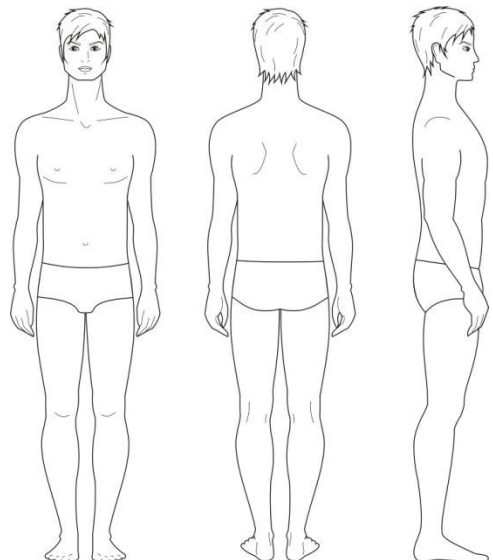
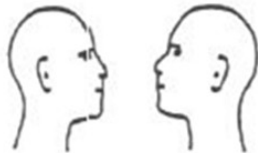
nein

ja welche? _____

Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie? ja nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl)

Was sind Ihre Hauptbeschwerden ?



Schmerz/Beschwerdeskala des Patienten:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden ? (Sturz/ Unfall usw.)

Wie lange bestehen Ihre Beschwerden ?

Was verbessert Ihre Beschwerden ? (Bewegung, Ruhe, Wärme, Kälte usw.)

Alltagseinschränkungen durch Ihre Beschwerden ?

Individuelles Genesungsziel ?

Ich bestätige, dass die Angaben korrekt und vollständig sind, außerdem bin ich darüber informiert das die Behandlung auf Grundlage meiner Angaben durchgeführt wird.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____