

Praxis für Gesundheit & Fitness

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen den beiliegenden Fragebogen so präzise wie möglich aus, damit wir die bestmögliche Behandlung durchführen und Sie beim Erreichen Ihrer Therapieziele unterstützen können. Vielen Dank.

Patientenfragebogen

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Angehörige: _____

Beruf/erlernter Beruf: _____ Hobbys: _____

Tel.: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____ Zuzahlungsbefreit: ja/nein

gesetzliche KK private KK Beihilfe

überweis. Arzt: _____

Überweisungsgrund: _____

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzl. Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Herzerkrankung ja nein

Herzoperationen ja nein

Herzschrittmacher ja nein

andere... _____

Infektionskrankheiten

HIV ja nein

Hepatitis ja nein

Tuberkulose ja nein

andere ja nein

Weitere Erkrankungen

Asthma ja nein

Lungenerkrankungen ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Rheuma ja nein

Epilepsie ja nein

Diabetes ja nein

Ohnmachtsneigung ja nein

andere... _____

Nehmen Sie Medikamente?

Blutverdünner	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
HerzKreislaufmedikamente	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Psychopharmaka	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____

Nehmen Sie Drogen? ja nein _____
Wenn ja, welche. _____

AGB/Vertrag

- 1.) Die ergotherapeutische oder physiotherapeutische Behandlung kann nur zum Erfolg führen, wenn Sie regelmäßig erfolgt!
- 2.) Wir arbeiten nur nach Terminvereinbarung. Wir sind bemüht, alle vereinbarten Termine, auch bei Krankheit oder Urlaub des Therapeuten zu gewährleisten und ggf. auch kurzfristig Vertretungen bzw. Ersatztermine zu organisieren.
- 3.) Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10% der Gesamtkosten zzgl. 10€ Verordnungsgebühr und wird zu Beginn der Behandlung von uns eingenommen und quittiert.
- 4.) Sie sind verpflichtet, alle Termine wahrzunehmen, um den Therapieerfolg zu gewährleisten. Sollte dies nicht möglich sein, können die geplanten Termine bis **24 Stunden vorher** gebührenfrei abgesagt werden.
- 5.) Nicht wahrgenommene bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen in Höhe des Ausfalls privat in Rechnung gestellt. Der Ausfall ist beim Folgetermin in bar oder mit Karte zu begleichen.

Wie/wobei machen sich die Beschwerden in Alltag/Arbeit/Freizeit bemerkbar?

Was lindert bzw. verstärkt die Beschwerden?

Hatten Sie schon Therapien? Wenn ja, welche?

Haben Sie künstliche Gelenke, Osteosyntheseplatten oder Wirbelsäulenversteifungen?
Wenn ja, bitte genau angeben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.