

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf.:

Mail:

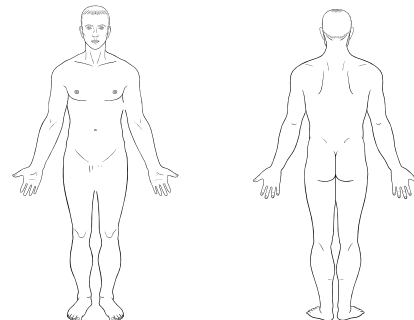
Tel.-Nr.:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

1. Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?

2. Was verändert die Beschwerden (sowohl positiv als auch negativ)?

3. Kreisen Sie bitte Ihre Schmerzpunkte ein!



4. Welche Therapien hatten Sie bisher? Welche davon waren erfolgreich?

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

6. Hatten Sie bisher Operationen in ihrem Leben? (z.B. auch Zahnop/ Unfälle/ Traumata) Wenn ja, welche?

Bitte wenden!



7. Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?

- Herzerkrankung
 - Schlaganfall
 - Blutgerinnungsstörung
 - Herzschrittmacher/Defibrillator
 - Bypass/Stent
 - Bluthochdruck
 - Schilddrüsenerkrankung
 - Migräne
 - Atemwegserkrankung: _____
 - Bandscheibenvorfall Höhe: _____
 - Sonstige; _____
- Osteoporose
 - Skoliose
 - Multiple Sklerose
 - Rheuma
 - Diabetes Typ I
 - Diabetes Typ II

8. Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen Sport und wie häufig?

9. Was wollen Sie im Alltag wieder können, was aufgrund der aktuellen Beschwerden nicht möglich ist?

Hiermit bestätige ich das gewissenhafte Ausfüllen des Anamnesebogens.

Datum, Unterschrift

Ggf. vom Therapeuten auszufüllen:

- Blutdruck/Puls:
- Sauerstoffsättigung:
- Empfehlung:

KG-Aktiv: ja nein

LHB/BVB: ja nein

Kurszeiten:

Mo Di Mi Do Fr ____ : ____ Uhr

Mo Di Mi Do Fr ____ : ____ Uhr

Behandlungsvertrag Physiotherapie Privat



Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Ort	Handynummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Der **Vergütungssatz** beträgt je Behandlungseinheit:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Ausfallgebühr

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 (Info auf Anrufbeantworter ebenfalls möglich). Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine einzuhaltende Pflicht.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen in Rechnung gestellt. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei nach der für die Behandlung vereinbarten Vergütung. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Sollte die Behandlung länger als vier Wochen unterbrochen werden, wird die Verordnung beendet und die erbrachten Leistungen abrechnet.

3. Datenschutzerklärung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis EDV gespeichert werden. Die Daten werden nicht an dritte weitergegeben.

Wir bieten den Service einer Aufbewahrung für Trainingspläne an. Hier haben auch andere Patienten bzw. Mitglieder die Möglichkeit Pläne einzusehen. Wenn Sie dies nicht erwünschen, tragen Sie bitte selbst die Sorge für Ihren Plan und legen diesen nicht in die dafür vorgesehenen Ablagen.

4. Allgemeine Hinweise

Zu den Terminen bringen Sie bitte ein **großes und ein kleines Handtuch** mit. Bei Versäumen dieses Hinweises stellen wir Ihnen gegen eine Leihgebühr von 1,00 € ein Handtuch zur Verfügung.

Keine unserer Leistungen stellt ein Heilversprechen dar. Es kann keine Erfolgsgarantie gewährt werden, d.h. für das Nicht-Eintreten der gewünschten Wirkung wird keine Haftung übernommen. In einigen Fällen kann es im Anschluss an die Behandlung zu Erstverschlechterungen (moderat verstärkte oder veränderte Schmerzsymptomatik, veränderte Schmerzlokalisation, wandernde Schmerzen...) kommen, welche bis zu drei Tagen andauern können.

Sollten Beschwerden entstehen die darüber hinaus gehen (starke Schmerzerhöhung, Andauern über drei Tage, deutliche Funktionseinschränkung) melden sie sich bitte umgehend telefonisch bei uns.

Änderungen sind vorbehalten.

5. Patientenaufklärung

Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden.

Ja Nein

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten 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

6. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags ist mir auf Wunsch ausgehändigt worden.

Datum

Unterschrift Patientin / Patient / gesetzlicher Vertreter

Dieser Vertrag wird mit folgendem Vertragspartner eingegangen:

FiN Gesundheitszentrum GmbH & Co. KG, Celler Straße 4, 29525 Uelzen | Bahnhofstraße 48, 29576 Suderburg

FiN Physio GmbH, Timelstraße 8b, 21407 Deutsch Evern