**Unser Praxisteam heißt Sie willkommen!** 

**Anmeldung und Einwilligungserklärung.**

Alle Informationen unterliegen dem Datenschutz (siehe nächste Seite) und der Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon privat/geschäftlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bitte einkreisen: gesetzlich privat Beihilfe

waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Ja nein Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn der Behandlungsserie mit

unserer Praxisorganisation vertraut machen.

 **Sie haben die Möglichkeit einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen.** Montagstermine

müssen bereits am Freitag zuvor storniert werden. Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen

wir den Terminausfall pro Behandlungseinheit privat in Rechnung. (Diese Regelung ist auch im Falle „höherer Gewalt“

gültig) (§§ 615, 304 BGB).

 **Eigenverantwortlich können Sie bei uns die von ihrer Krankenkasse gezahlte Behandlung** (Dauer in der Regel

15-30 Minuten) auf **privater Kostenbasis um 10 (13€) oder 20 Minuten (25€) verlängern**. Bitte geben Sie uns hierzu vor der

Terminvereinbarung Bescheid.

 **Bitte bringen Sie zur Behandlung ein frisches Badehandtuch (80 x 140 cm oder größer) mit.**

 **Die Zuzahlung für gesetzlich Versicherte ist bei der ersten Behandlung per EC-Karte zu zahlen.**

Diese Gebühr ist gesetzlich vorgeschrieben und wird von allen Praxen in gleicher Höhe erhoben. Sollte die Anzahl der

auf der Verordnung aufgeführten Behandlungseinheiten aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht

vollständig geleistet werden, erhalten sie den zu viel bezahlten Betrag zurück.

 **Um Ihrer Problematik bestmöglich und gezielt zu behandeln werden wir bei Ihrem ersten Termin** einen

ausführlichen Befund erheben.

 **Für privat Krankenversicherte ist das durch den Honorarvertrag vereinbarte Honorar bindend.**

Die Höhe der einzelnen Gebühren bemisst sich, soweit nichts anderes bestimmt ist, nach dem 1,3- bis 2,3-fachen Erstattungssatz der Gesetzlichen Krankenkassen. Dies kann bei Heilmittelleistungen von der Erstattungshöhe Ihrer Versicherung abweichen. Unsere aktuellen Preise hängen in der Praxis aus. Gerne händigen wir Ihnen eine Preisliste für Ihre Unterlagen aus. Bitte informieren Sie sich im Vorfeld über eine mögliche Differenz. Der Rechnungsbetrag ist unabhängig durch die Erstattung Dritter (z.B. Krankenkasse) sofort fällig und mit der Rechnungsstellung sofort zu begleichen.

***Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis.*** Datum: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** Unterschrift: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_\_***\_***

 der Patient\*in oder der gesetzl. Vertreter\*in

**Liebe Patient\*innen**

wir freuen uns, Sie auf Ihrem Weg zu Gesundheit und Fitness unterstützen zu dürfen. Als therapeutische Praxis hat Datenschutz für uns einen hohen Stellenwert. Ihre personenbezogenen Daten, sowie die Untersuchungsdaten, die Behandlungsdaten und Befunde werden zum Zwecke der Kontaktaufnahme, der Diagnostik, der (physiotherapeutischen) Behandlung, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags und zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet und gespeichert (Art. 9 Abs. 2 Nr. h).

Die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung des

DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) und BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Einwilligung**

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

• Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der

medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.)

sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.

• Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten

(Gesundheitsdaten) umfasst.

• Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von

der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.

• Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese

Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine

Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch die

Verantwortliche erfolgen.

• Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur

Kenntnis genommen.

• Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die oben genannten Daten allen in der Praxis

angestellten Personen, die mit der Durchführung oder Abrechnung der therapeutischen

Leistungen betraut sind, zur Kenntnis gegeben werden, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung

des Behandlungsvertrages erforderlich ist.

• Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei einem nicht Nachkommen der

Zahlungsaufforderung die Daten an ein Inkassounternehmen weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Patient\*in oder der gesetzl. Vertreter\*in

**Widerrufsbelehrung**

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit

der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt.

Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des

Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch die Verantwortliche grundsätzlich nicht mehr

möglich. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

AS Physioteam, Bonner Ring 73, 50374 Erftstadt, info@asphysioteam.de

**Anamnesebogen**

Herzlich willkommen in unserer Praxis,

unser Ziel ist es Sie optimal zu behandeln, aus diesem Grund benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrem Beschwerdebild und bitten Sie daher den folgenden Fragebogen auszufüllen. Alle Informationen unterliegen der europäischen Datenschutz-Grundverordnung.

 Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wo haben Sie Ihre Probleme? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.) Ich habe (*bitte ankreuzen*)

 Schmerzen \_\_ veränderte Beweglichkeit \_\_ veränderte Sensibilität \_\_ Kraftverlust \_\_

4.) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.) Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.) Was verbessert Ihre Beschwerden? (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Wärme; Kälte, Stehen, Liegen, etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.) Was verschlimmert Ihre Beschwerden (siehe oben)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.) Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? (bitte einkreisen)

 (kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

9.) Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? (bitte einkreisen)

 (kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

10.) Haben Sie Schmerzen beim Husten, Niesen, Pressen, Schlucken? ja O nein O

11.) Nehmen Sie momentan Medikamente? ja O nein O

12.) Sind Sie schwanger? ja O nein O

13.) Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Schluckstörungen? ja O nein O

14.) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Rheuma, Osteoporose? ja O nein O

15.) Haben Sie Probleme mit inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung, Inkontinenz)? ja O nein O

16.) Haben Sie weitere Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja O nein O

17.) Haben Sie sonstige Erkrankungen, welche nicht in Zusammenhang mit den ja O nein O

 Hauptbeschwerden stehen (Depression, Angststörung, Burnout, etc.)?

18.) Hatten Sie jemals einen Tumor, oder eine Krebserkrankung? ja O nein O

19.) Haben Sie nachts Schmerzen? ja O nein O

20.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja O nein O

21.) Haben Sie Angst/Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet? ja O nein O

22.) Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird? ja O nein O

23.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritzen / Massagen / Physiotherapie / Osteopathie

Anderes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

24.) Wie lange machen Sie in der Woche durchschnittlich Sport? (bitte einkreisen)

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

25.) Welchen Sport machen Sie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26.) Ernähren Sie sich bewusst? ja O nein O

27.) Nehmen Sie sich genügend Zeit zum Essen? ja O nein O

28.) Kochen Sie viel selbst? ja O nein O

29.) Wie hoch empfinden Sie Ihre Stressbelastung im Durchschnitt in den letzten 3 Monate?

 (bitte einkreisen) (gering) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr hoch)

30.) Haben Sie das Gefühl, dass Stress Ihrer Gesundheit schadet? ja O nein O

31.) Können Sie gut “abschalten“ und sich gut entspannen? ja O nein O

32.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vielen Dank für die Beantwortung unseres Anamnesebogens.