

INFORMATIONEN ZUM ABLAUF DER PHYSIOTHERAPIE & BEHANDLUNGSVERTRAG

Vorname: Nachname:

SV-Nr: Geburtsdatum: Gesetzliche Krankenversicherung:

Private Krankenversicherung: ja / nein Zuweisender Arzt / Zuweisende Ärztin:

Postleitzahl: Wohnort:

Wohnadresse:

E-Mail-Adresse: Telefon-Nr.:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internetsuche (Google etc.) Empfehlung meines Arztes/meiner Ärztin Freunde/Bekannte

Sonstiges:

Aktuelle Leistungen und Preise sind auf unserer Website abzurufen. Die Abrechnung erfolgt direkt mit Ihrem*r betreuenden Wahl-Physiotherapeut*in. Ihre Krankenkassa erstattet Ihnen am Ende der Therapieserie einen Teil der Kosten, eine etwaige Zusatzversicherung erstattet je nach Vertrag bis zu 100% des verbleibenden Selbstbehalts. Für aktuelle Tarife verweisen wir auf Ihre Krankenkassa.

Um eine Kostenerstattung Ihrer Krankenkassa zu gewährleisten, legen Sie bitte (elektronisch, schriftlich oder persönlich bei den jeweiligen Bezirksstellen) folgende Unterlagen vor:

- Originalhonorarnote + Nachweis über die erfolgte Zahlung: Saldierungsvermerk auf der Honorarnote bzw. Auftragsbestätigung / Kontoauszug
- Originalverordnung mit dem Bewilligungsvermerk

Sollten Sie eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben, so lassen Sie dieser bitte Kopien von Verordnung, Honorarnote sowie dem Bescheid, wie viel die Krankenkassa retourniert hat, zukommen.

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mind. 24 Stunden vorher direkt bei Ihrem*r betreuenden Therapeut*in abzusagen. Sie können Ihren*r behandelnden Therapeut*in per Mail oder Mobiltelefon erreichen. Für zu spät oder nicht abgesagte Termine stellen wir ein privates Ausfallshonorar in Höhe der gebuchten Leistung in Rechnung. Bitte beachten Sie, dass Ihre Krankenkassa dafür keine Kosten rückerstattet.

EU-Datenschutz-Grundverordnung: Im Rahmen der physiotherapeutischen Tätigkeit sind wir verpflichtet, Ihre Daten zu speichern. Zu folgenden Punkten benötigen wir Ihre Einwilligung:

- Ihre persönlichen Daten und Ihre Krankengeschichten können praxisintern mündlich oder per Mail/SMS für organisatorische Zwecke weitergegeben werden (Terminvereinbarung, Patientenübernahme).
- Die Therapie darf zum Teil im Trainingsraum neben betriebsfremden Personen stattfinden (z.B. andere Patient*innen, Betreuungspersonen etc.).
- Mit der von Ihnen angegebenen E-Mail-Adresse findet die Kommunikation zwischen Therapeut*in und Patient *in unverschlüsselt statt.

Aufgrund der vorliegenden ärztlichen Verordnung sowie unter Einhaltung der AGB (siehe Website) schließen Sie hiermit einen jederzeit kündbaren Behandlungsvertrag mit Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin ab und zeigen sich mit den obigen Punkten einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxis Physio Kompass
www.physioskompas.at

Ihr Therapeut / Ihre Therapeutin:

Sehr geehrte/-r Patient/-in,

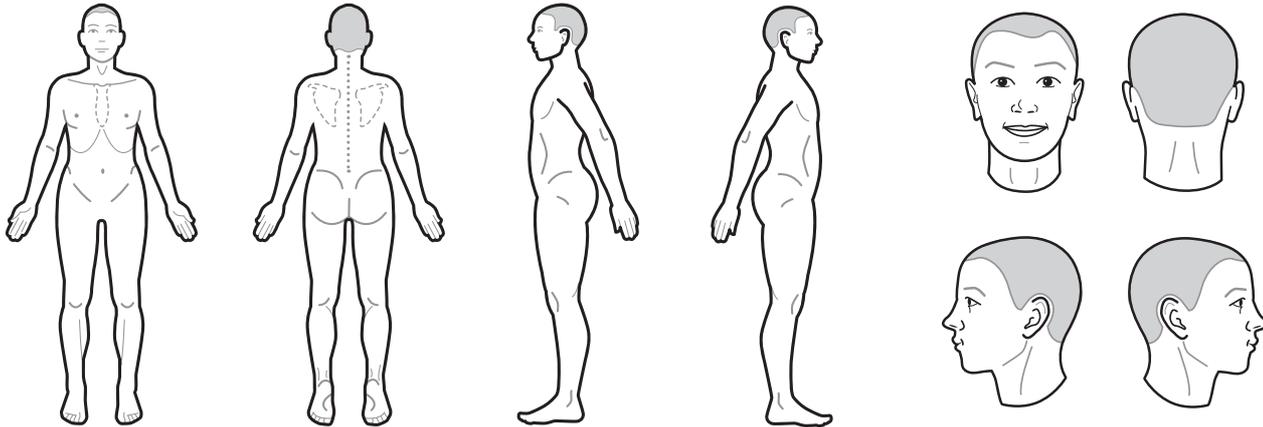
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden.
 Die Fragen beziehen sich dabei auf Ihr Hauptproblem.
 Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank!

Name: _____ Alter: _____

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Datum, Unterschrift: _____

1.) Wo haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einzeichnen)?



2.) Haben Sie Schmerzen? ja nein

3.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein

4.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja nein

5.) Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

6.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag? _____

7.) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

8.) a) Was verbessert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

b) Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (bitte unterstreichen)

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, Sonstiges: _____

9.) Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? (bitte einkreisen) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
 (kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

Zur Beantwortung der Fragen 10-18 denken Sie bitte nur an die vergangenen zwei Wochen:

10.) Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt betrachtet? (bitte einkreisen) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
 (kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

11.) Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen? ja nein

12.) Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt? ja nein

13.) Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen? ja nein

14.) Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? ja nein

15.) Denken Sie, dass Ihr Zustand lange anhalten wird? ja nein

- 16.) Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme? ja nein
- 17.) Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? ja nein
- 18.) Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein? ja nein
- 19.) Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? ja nein
- 20.) Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf?
 Brennen: ja nein
 Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ja nein
 Elektrische Schläge: ja nein
- 21.) Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?
 Kribbeln: ja nein
 Piksen: ja nein
 Taubheitsgefühl: ja nein
 Juckreiz: ja nein
- 22.) Haben Sie Ihre Beschwerden: permanent/mit Unterbrechungen? (bitte einkreisen)
- 23.) Sind Ihre Beschwerden: besser werdend/gleich bleibend/schlechter werdend/variabel? (bitte einkreisen)
- 24.) Haben Sie aktuell Ruhe-/Nacht-/Dauerschmerzen? (bitte einkreisen) ja nein
- 25.) Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Fieber, extremes nächtliches Schwitzen, Schluckbeschwerden oder Doppelbilder? (bitte einkreisen) ja nein
- 26.) Leiden sie unter Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit oder Krämpfe? (bitte einkreisen) ja nein
- 27.) Sind Sie Asthmatiker/in, Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose oder andere Erkrankungen? (bitte einkreisen) ja nein
- 28.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.)? ja nein
- 29.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein
- 30.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja nein
- 31.) Hatten Sie einen Unfall/Trauma/Sturzattacke/OP, der im Zusammenhang mit ihren Beschwerden stehen könnte? ja nein
- 32.) Rauchen Sie? ja nein
- 33.) Bewegen Sie sich pro Woche
 a) 150 Minuten bei niederer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)? ja nein
 b) 75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)? ja nein
- 34.) Machen Sie 2x in der Woche Krafttraining? ja nein
- 35.) Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? ja nein
- 36.) Können Sie nachts durchschlafen? ja nein
- 37.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?
 Röntgen/Computertomographie/Kernspintomographie/Spritze/Massage/Physiotherapie/Training/Anderes (bitte einkreisen)
- 38.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie? _____

Therapeut: _____