



Name

Adresse

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Beruf

Geburtsdatum

Hobbies / Sport

1. Sind Sie aktuell bei folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

Hausarzt

Orthopäde

Osteopath

Zahnarzt

Psychologe / Psychiater

Andere, welche

2. Auf Grund welcher Beschwerden wurden Sie in den letzten Jahren ärztlich / therapeutisch behandelt?

3. Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

- Bewegungssystem (Knochenfraktur, Bandruptur, Gelenk-OP o.ä.)

nein

ja, welche

- Herz-Kreislaufsystem (Hypertonie, Herzinfarkt, Bypass-OP o.ä.)

nein

ja, welche

- Atmungssystem (Asthma, COPD o.ä.)

nein

ja, welche

- Nervensystem (Lähmungen, Schlaganfall, Parkinson o.ä.)

nein

ja, welche

4. Sind Allergien bei Ihnen bekannt (Medikamente, Latex) ?

ja, welche

5. Bitte nennen Sie alle Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden! (Angabe von Grund und Datum)

6. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten Wochen eingenommen?

- Schmerzmittel

nein ja ärztlich verordnet nicht verordnet

- Entzündungshemmer

nein ja ärztlich verordnet nicht verordnet

- Muskelrelaxate

nein ja ärztlich verordnet nicht verordnet

- Psychopharmaka

nein ja ärztlich verordnet nicht verordnet

- Andere, welche:

nein ja ärztlich verordnet nicht verordnet

7. Welche Beschwerden haben Sie zu uns geführt? Bitte beschreiben Sie:

8. Wann haben die Beschwerden begonnen, gab es einen Auslöser? Und haben sich die Schmerzen/Beschwerden mit der Zeit verändert, sind sie gewandert?

9. Ändern sich die Beschwerden im Lauf des Tages?

10. In welcher Körperhaltung (z.B. beim Schlafen, Sitzen, Gehen) sind die Beschwerden am schlimmsten?

11. In welcher Körperhaltung haben Sie weniger oder keine Probleme?

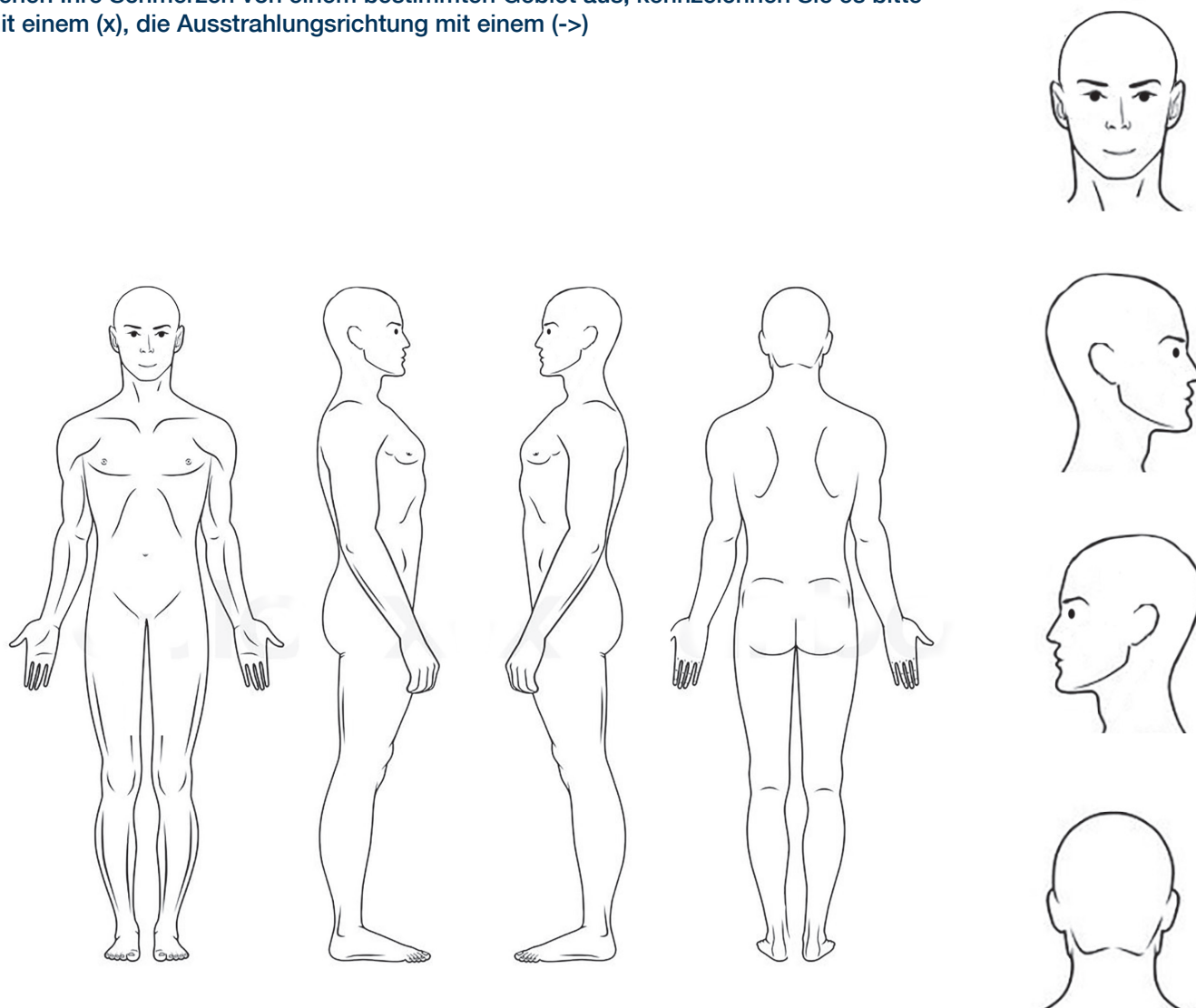
12. Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Schmerzqualität: beschreiben Sie kurz Ihre Schmerzen (z.B. scharf, brennend, oberflächlich, krampfartig, wellenförmig, wechselhaft, einschießend, bohrend....)

14. Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz (z.B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Schlafstörungen, Gewichtsverlust o.ä.)?

Zeichnen Sie in der Skizze bitte ein, wo Sie überall Schmerzen haben
Gehen Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet aus, kennzeichnen Sie es bitte mit einem (x), die Ausstrahlungsrichtung mit einem (->)



Für privat versicherte Patienten:

Ich bin Beihilfeberechtigt

Ja

Nein

Über die genauen Vergütungssätze werden Sie in der Honorarvereinbarung informiert.

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtgesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufnahmebogen und dem Aufnahmegespräch nach.

Bitte beantworten Sie die Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende dieses Bogens.

Datenschutz:

Sie gestatten unserer Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Praxisinhaber. Nach § 630 f Abs.3 BGB beträgt die Aufbewahrungsfrist Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weitergegeben werden. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Einwilligung:

Den Aufnahmebogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIN

Der Aufnahmebogen wurde dem/der Patient/in ausgehändigt und in einem Aufklärungsgespräch alle offenen Fragen besprochen und beantwortet.

behandelnder Physiotherapeut