

ANAMNESEBOGEN

ZUR PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

UNSER ZIEL IST ES, SIE OPTIMAL ZU BEHANDELN. AUS DIESEM GRUND BENÖTIGEN WIR VORAB EIN PAAR INFORMATIONEN ZU IHRER PERSON UND ZU IHREN BESCHWERDEN. ALLE INFORMATIONEN UNTERLIEGEN DER SCHWEIGEPFLICHT UND WERDEN NICHT WEITERGEGEBEN. DURCH VERSCHIEDENE GESETZLICHE REGELUNGEN SIND WIR VERPFLICHTET, SIE AUF EINIGE PUNKTE HINZUWEISEN. BITTE BEACHTEN SIE HIERZU DIE SEITE „AUFKLÄRUNG ZUR PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG“, AUCH ONLINE EINSEHBAR UNTER WWW.UNICUM-STUTTGART.DE/PHYSIOTHERAPIE-PRAXIS/.

ALLGEMEINE DATEN

VOR- UND NACHNAME GEBURTSDATUM (TT.MM.JJJJ)

STRASSE UND HAUS-NR. PLZ UND ORT

MOBILFUNKNUMMER FESTNETZ E-MAIL

ÜBERWEISENDER ARZT HAUSARZT

INFORMATIONEN ZUR ABRECHNUNG

ICH BIN NICHT ZUZAHLUNGSBEFREIT

ICH BIN ZUZAHLUNGSBEFREIT

(BITTE AUSWEIS VORLEGEN!)

ICH BIN PRIVATVERSICHERT

BEHANDLUNGSRELEVANTE INFORMATIONEN

BERUF: STEHEND GEMISCHT SITZEND

SPORTLICHE AKTIVITÄTEN (Ø STUNDEN/WOCHE):

1.) WO HABEN SIE IHRE PROBLEME? (BITTE MÖGLICHST GENAU BESCHREIBEN)

2.) HABEN SIE SCHMERZEN UND WENN JA WIE STARK SIND DIESE AKTUELL? NEIN JA
(ENTSPRECHENDEN WERT AUF EINER SKALA VON 1-10 BITTE BEI JA EINTRAGEN)

3.) IST IHRE BEWEGLICHKEIT VERÄNDERT/EINGESCHRÄNKT? 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.) HABEN SIE IHRE DERZEITIGE SCHMERZPROBLEMATIK SEIT 6 MONATEN JA NEIN
ODER LÄNGER?

9.) WEIST IHR SCHMERZ EINEN DER FOLGENDEN MERKMALE AUF?

BRENNEN:	JA	NEIN
GEFÜHL EINER SCHMERZHAFTEN KÄLTE:	JA	NEIN
ELEKTRISCHE SCHLÄGE:	JA	NEIN

10.) WIE HÄUFIG TRETEN IHRE SCHMERZEN AUF? PERMANENT MIT UNTERBRECHUNGEN

11.) SIND IHRE BESCHWERDEN:

BESSER WERDEND	GLEICH BLEIBEND	SCHLECHTER WERDEND	VARIABEL
----------------	-----------------	--------------------	----------

12.) HABEN SIE AKTUELL RUHE-/NACHT-/DAUERSCHMERZEN? JA NEIN

13.) LEIDEN SIE UNTER KOPFSCHMERZEN, GANG- ODER GLEICHGEWICHTSSTÖRUNGEN, BLASENSCHWÄCHE, SCHWINDEL, ÜBELKEIT, OHNMACHTSANFÄLLEN, BENOMMENHEIT, FIEBER, EXTREMES NÄCHTLICHES SCHWITZEN, SCHLUCKBESCHWERDEN ODER DOPPELBILDER?(ENTSPRECHENDES BITTE NENNEN)

14.) LEIDEN SIE UNTER SEH-, SPRECH-, HÖRPROBLEME, INKONTINENZ, VERSTOPFUNGEN, MORGENDLICHE UNBEWEGLICHKEIT, LEICHTE BLUTERGÜSSE, KURZATMIGKEIT ODER KRÄMPFE? (ENTSPRECHENDES BITTE NENNEN)

15.) SIND SIE ASTHMATIKER/IN, DIABETIKER/IN, HABEN SIE OSTEOPOROSE ODER ANDERE ERKRANKUNGEN?(ENTSPRECHENDES BITTE NENNEN)

16.) NEHMEN SIE MOMENTAN MEDIKAMENTE EIN (KORTISON, BLUTVERDÜNNER, BETABLOCKER, USW.)? JA NEIN

17.) HATTEN SIE JEMALS EINEN TUMOR ODER EINE KREBSERKRANKUNG? JA NEIN

18.) HABEN SIE IN DEN LETZTEN WOCHEN UNERWARTET ABGENOMMEN? JA NEIN

19.) HATTEN SIE EINEN UNFALL/TRAUMA/STURZATTACKE/OP, DER IM ZUSAMMENHANG MIT IHREN BESCHWERDEN STEHEN KÖNNTE? JA NEIN

20.) WELCHE MASSNAHMEN ZUR DIAGNOSTIK ODER THERAPIE WURDEN BISHER DURCHFÜHRT? RÖNTGEN/CT/MRT/KERNSPINTOMOGRAPHIE/SPRITZE/MASSAGE/PHYSIOTHERAPIE/TRAINING/ANDERES(ENTSPRECHENDES BITTE NENNEN)

21.) WAS SIND IHRE ERWARTUNGEN UND ZIELE FÜR DIE THERAPIE?

HIERMIT BESTÄTIGE ICH DIE RICHTIGKEIT MEINER ANGEGEBENEN DATEN UND HABE DIE INFORMATIONEN „AUFKLÄRUNG ZUR PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG“ AUF DEM BEIBLATT ODER ONLINE UNTER WWW.UNICUM-STUTTGAERT.DE/PHYSIOTHERAPIE-PRAXIS/ ZUR KENNNTNIS GENOMMEN.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

VIelen DANK FÜR IHRE MITHILFE!

SEITE 2/2

AUFKLÄRUNG ZUR PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG

DATENSCHUTZ

GEMÄSS DER DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG SIND WIR VERPFLICHTET, SIE DARÜBER ZU INFORMIEREN, DASS IHRE DATEN BEI UNS GESPEICHERT WERDEN. WIR SPEICHERN IHRE DATEN AUFGRUND DER GESETZLICHEN GRUNDLAGE DES ART. 9 ABS. 2 LIT. H DSGVO UND NUTZEN IHRE DATEN ZUR DOKUMENTATION DES BEHANDLUNGSVERLAUFS UND ZUR ABRECHNUNG DER VON UNS ERBRACHTEN LEISTUNGEN GEGENÜBER IHNEN BZW. IHRER KRANKENKASSE. SOLLTEN SIE UNSEREN SERVICE ZUR VEREINBARUNG BZW. ABSAGE VON TERMINEN, ANFRAGEN, PRAXISINFORMATIONEN UND -ANGEBOTE PER E-MAIL/SMS NUTZEN WOLLEN, WIRD IHRE E-MAIL ADRESSE/MOBILNUMMER EINZIG ZU DIESEM ZWECK BEI UNS GESPEICHERT. SOWEIT WIR IHRE DATEN ELEKTRONISCH ABSPEICHERN, HABEN WIR TECHNISCH-ORGANISATORISCHE MASSNAHMEN ERGRIFEN, UM DIESE ZU SCHÜTZEN. SIE HABEN DAS RECHT, JEDERZEIT EINE AUSKUNFT ÜBER DIE ART DER BEI UNS GESPEICHERTEN DATEN SOWIE DER TECHNISCH-ORGANISATORISCHEN MASSNAHMEN ZU VERLANGEN. VERANTWORTLICHE IM SINNE DES ART. 4 NR. 7 DSGVO SIND ANDREAS HAAG UND LINDA KUSSMAUL, OSSIETZKYSTRASSE 4, 70174 STUTTGART.

PATIENTENAUFKLÄRUNG

WIR GEHEN DAVON AUS, DASS SIE AUSREICHEND VON IHREM VERORDNENDEN ARZT ÜBER IHRE ERKRANKUNG SOWIE ART, DURCHFÜHRUNG, ZU ERWARTENDE FOLGEN UND RISIKEN DER VERORDNETEN BEHANDLUNG UND DEREN NOTWENDIGKEIT, DRINGLICHKEIT, EIGNUNG UND ERFOLGSAUSSICHTEN IM HINBLICK AUF DIE DIAGNOSE UND THERAPIE AUFGEKLÄRT WORDEN SIND. FALLS NICHT, SPRECHEN SIE UNS AN. SOLLTE DIE IM RAHMEN DER PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG DURCHFÜHRENDE ANAMNESE UND BEFUNDUNG ANLASS ZU EINER ERGÄNZENDEN AUFKLÄRUNG VON UNSERER SEITE GEBEN, WIRD DIESE DURCH IHREN THERAPEUTEN VOR BEHANDLUNGSBEGINN 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.

ZUZAHLUNG (NUR FÜR GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN)

GEMÄSS DEN §§ 32, 43 c UND 61 SGB V HABEN GESETZLICH VERSICHERTE ZUZAHLUNGEN FÜR KASSENÄRZTLICH VERORDNETE HEILMITTEL ZU TRAGEN, SOFERN KEINE BEFREIUNG VON DIESER ZUZAHLUNGSPFLICHT BESTEHT. DIE HÖHE DER ZUZAHLUNGEN BETRÄGT 10% DER KOSTEN (= PREISVEREINBARUNG ZWISCHEN IHRER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG UND UNS) SOWIE 10 EURO JE VERORDNUNG. FÜR DIE GELEISTETEN ZUZAHLUNGEN ERHALTEN SIE VON UNS EINE QUITTUNG. FALLS SIE EINEN BEFREIUNGS AUSWEIS HABEN, LEGEN SIE DIESEN BEI DER ERSTEN BEHANDLUNG VOR.

BEHANDLUNGSRELEVANTE DATEN

WIR SIND BEMÜHT, SIE UMFASSEND UND OPTIMAL ZU BEHANDELN. DAZU BENÖTIGEN WIR ALLE BEHANDLUNGSRELEVANTEN DETAILS VON IHNEN. GERNE KÖNNEN SIE UNS HIERZU VORHANDENE ARZTBERICHTE UND -BEFUNDE VORAB PER MAIL (INFO@UNICUM-STUTTGART.DE) ZUSENDEN ODER ZUM BEHANDLUNGSTERMIN MITBRINGEN. WIR FÜHREN DIE PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNGEN AUFGRUND EINER KASSEN- ODER PRIVATÄRZTLICHEN VERORDNUNG DURCH. DIE FÜR DIE DURCHFÜHRUNG DER THERAPIEMASSNAHME NOTWENDIGEN INFORMATIONEN BEFINDEN SICH AUF DER KASSEN- ODER PRIVATÄRZTLICHEN VERORDNUNG. WEITERE INFORMATIONEN ÜBER IHRE PERSON UND IHREN GESUNDHEITZUSTAND SIND AUS DER ÄRZTLICHEN HEILMITTELVERORDNUNG NICHT ERSICHTLICH UND DÜRFEN AUCH NICHT VON IHREM BEHANDELNDEN ARZT OHNE IHRE ZUSTIMMUNG AN UNS ÜBERMITTELT WERDEN. UNTER UMSTÄNDEN KANN ES FÜR DIE DURCHFÜHRUNG DER THERAPIE UND/ODER DEN THERAPIEERFOLG ABER SINNVOLL SEIN, WEITERE INFORMATIONEN ÜBER IHREN GESUNDHEITZUSTAND SOWIE ÜBER DIE BELASTUNGEN, DENEN SIE IM ALLTAG (IM BERUF ODER IN DER FREIZEIT) AUSGESETZT SIND, ZU ERHALTEN. DIESER AUFNAHMEBOGEN DIENT DAZU, NOCH INDIVIDUELLER AUF IHRE PERSON UND IHRE GESUNDHEITLICHE PROBLEME EINGEHEN ZU KÖNNEN. WIR WEISEN SIE AUSDRÜCKLICH DARAUF HIN, DASS SIE NICHT VERPFLICHTET SIND, DIE FRAGEN DES ANAMNESEBOGENS ZU BEANTWORTEN. SIE KÖNNEN SELBSTVERSTÄNDLICH AUCH NUR EINZELNE FRAGEN BEANTWORTEN. ALLE INFORMATIONEN UNTERLIEGEN DER SCHWEIGEPFLICHT UND WERDEN NICHT AN UNBETEILIGTE DRITTE OHNE IHRE ZUSTIMMUNG WEITERGEBEN.

TERMINORGANISATION

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 VORGEGEHENE ZEIT NOCH ANDERWEITIG VERPLANEN KÖNNEN. DIESE VEREINBARUNG DIENT NICHT NUR DER VERMEIDUNG VON WARTENZEITEN IM ORGANISATORISCHEN SINNE, SONDERN BEGRÜNDET ZUGLEICH EINE FÜR BEIDE VERTRAGSPARTEIEN EINZUHALTENDE PFLICHT. SOFERN SIE DEN VEREINBARTEN BEHANDLUNGSTERMIN NICHT RECHTZEITIG ABSAGEN, KANN IHNEN DIE MIT IHNEN VEREINBARTE VERGÜTUNG IN RECHNUNG GESTELLT WERDEN. SOFERN SIE GESETZLICH VERSICHERT SIND, STELLEN WIR IHNEN DEN BETRAG IN RECHNUNG, DEN WIR VON IHRER GESETZLICHEN KRANKENKASSE IM FALLE DER DURCHFÜHRUNG DER BEHANDLUNG ERHALTEN HÄTTEN. DIE PREISE FÜR HEILMITTEL, DIE GESETZLICHE KRANKENKASSEN ZAHLEN, ENTNEHMEN SIE BITTE DER JEWEILIGEN VERGÜTUNGSVEREINBARUNG, DIE ZWISCHEN DEN GESETZLICHEN KRANKENKASSEN UND UNS ABGESCHLOSSEN WORDEN IST. DIESE KÖNNEN SIE AUF DER INTERNETSEITE IHRER KRANKENKASSE EINSEHEN. ES WIRD AUSDRÜCKLICH VEREINBART, DASS ANNAHMEVERZUG GEMÄSS § 615 BGB EINTRITT, WENN DER VEREINBARTE TERMIN NICHT FRISTGEMÄSS VON IHNEN ABGESAGT UND EINGEHALTEN WIRD. DIE DURCH DEN BEHANDLUNGS AUSFALL ERSPARTEN AUFWENDUNGEN WERDEN SELBSTVERSTÄNDLICH IN ABZUG GEBRACHT. DAS RECHT ZUR AUSSERORDENTLICHEN KÜNDIGUNG AUS WICHTIGEN GRUND GEMÄSS § 626 BGB BLEIBT BESTEHEN.

ABRECHNUNG

KASSENÄRZTLICHE HEILMITTELVERORDNUNGEN UND BG-VERORDNUNGEN RECHNEN WIR DIREKT MIT IHRER KRANKENKASSE BZW. BERUFGENOSSENSCHAFT AB. DIE BEHANDLUNGEN, DIE AUFGRUND PRIVATÄRZTLICHER VERORDNUNGEN ERFOLGEN, RECHNEN WIR DIREKT GEGENÜBER DEM PRIVATPATIENTEN NACH DEN VEREINBARTEN HONDRARSÄTZEN AB. BEHANDLUNGEN, DIE OHNE ÄRZTLICHE VERORDNUNG IN ANSPRUCH GENOMMEN WERDEN RECHNEN WIR EBENFALLS DIREKT MIT DEM PATIENT NACH DEN VEREINBARTEN HONDRARSÄTZEN AB. DIE AKTUELLEN PREISE FINDEN SIE ONLINE UNTER WWW.UNICUM-STUTTGART.DE/DOWNLOADS/UNICUM-PREISLISTE.PDF ODER AUF DEM AUSHANG VOR ORT.