

# Aufnahmebogen zur physiotherapeutischen Behandlung



## PhysioCare

SCHMERZTHERAPIE | REHA | PRÄVENTION

Thomas Schuppiser | Im Neufeld 26 | 76359 Marxzell | tom@physiocare-marxzell.de | www.physiocare-marxzell.de | 07248-2499188

Liebe Patienten,

ich freue mich sehr, dass Sie mir das Vertrauen schenken und sich für mich als Praxis entschieden haben.

Um Sie optimal unterstützen und betreuen zu können, benötige ich einige allgemeine und spezielle Informationen über Sie und Ihre Gesundheit. Daher bitte ich Sie, mein Aufnahmeformular nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen.

Falls Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben sprechen Sie mich einfach an.

### Meine Daten

---

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

---

Straße und Haus-Nr.

PLZ und Ort

---

Telefon (Mobil)

Telefon (Festnetz)

Telefon (Arbeit)

---

E-Mail

---

behandelnder

Arzt

Wie sind Sie auf die Praxis **PhysioCare-Marxzell** aufmerksam geworden?

Arzt

Familie

Freunde/Bekannte

Arbeitskollegen

Telefonbuch

Internet

Sonstige

#### Für Privatpatienten

Ich bin beihilfeberechtigt

Ich bin nicht beihilfeberechtigt

#### Für Kassenpatienten

Ich bin zuzahlungsbefreit (Bitte Ausweis vorlegen!)

Ich bin nicht zuzahlungsbefreit

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten.

---

Ort/Datum

Unterschrift

# Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung

## Das sollten Sie wissen!

**Therapie On Top** Sie möchten ihre Therapiezeit verlängern um die Qualität zu steigern? Kein Problem! Entscheiden Sie sich ganz einfach für die möglichen Therapiezeiten on Top unter dem Punkt Zusatzleistungen und wir berücksichtigen diese bei Ihren Terminen. Die Behandlungszeit einer Krankengymnastik/Manuelle Therapie-Einheit beträgt bei der gesetzlichen Krankenkasse ca. 15-20 Minuten.

**Datenschutz** Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. 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 ergriffen, 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.

**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 durchzuführende 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 Befreiungsausweis haben, legen Sie diesen bitte bei der ersten Behandlung vor. Sollte Ihre Zuzahlungsbefreiung erst nach Ihrer ärztlichen Verordnung ausgestellt worden sein, müssen Sie zunächst in Vorleistung gehen und bekommen Ihre Zuzahlung nach Vorlage der Quittung von Ihrer Krankenkasse erstattet.

**Hygiene / Covid-19** Mein erarbeitetes Hygienekonzept basiert auf den aktuellen Empfehlungen des RKI und der BGW sowie auf den geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Bundes der Länder gemäß des Infektionsschutzgesetzes. In regelmäßigen Abständen unterzieht sich unsere Praxis einem Hygieneaudit. In unserer Praxis ist das Tragen einer FFP2 Maske Pflicht. Ich bitte Sie vor jeder Behandlung Ihre Hände zu desinfizieren und einen Abstand zu anderen Personen von 1,50 m wenn möglich zu wahren. Bitte bringen Sie ihr eigenes Handtuch zu jeder Behandlung mit. Um die Personenanzahl in meinen Räumen möglichst gering zu halten, bitte ich Sie, wenn nicht dringend notwendig, ohne Begleitperson zu erscheinen.

**Behandlungsrelevante Daten** Ich bin bemüht, Sie umfassend und optimal zu behandeln. Dazu benötigen ich alle behandlungsrelevanten Details von Ihnen.

Gerne können Sie mir hierzu vorhandene Arztberichte und -befunde vorab per Mail (tom@physiocare-marzell.de) zusenden oder zum Behandlungstermin mitbringen. Ergänzend dazu beachten Sie bitte meinen Anamnesebogen. Ich führe 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 Gesundheitszustand 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 Gesundheitszustand 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 gesundheitlichen Probleme eingehen zu können. Ich weise 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 weitergegeben.

**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 vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Dies können Sie telefonisch machen. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten 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 den Verbänden 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.

**Abrechnung** Kassenärztliche Heilmittelverordnungen und BG-Verordnungen rechnen wir direkt mit Ihrer Krankenkasse bzw. Berufsgenossenschaft ab. Die Behandlungen, die aufgrund privatärztlicher Verordnungen erfolgen, rechnen wir direkt gegenüber dem Privatpatienten nach den vereinbarten Honorarsätzen ab. Behandlungen, die ohne ärztliche Verordnung in Anspruch genommen werden (z. B. Selbstzahlerleistungen für Physiotherapie), rechnen wir ebenfalls direkt mit dem Patienten nach den feststehenden Honorarsätzen ab.

# Anamnesebogen zur physiotherapeutischen Behandlung

## Das sollte ich wissen!

Liebe Patienten,

dieser Bogen dient dazu, ein umfassendes und sicheres physiotherapeutisches Management zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Dies ist die Grundlage für die genauere physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

1.1. Welche/n Beruf/e üben Sie aus? \_\_\_\_\_

1.2. Wie viel Zeit verbringen Sie hierbei im Sitzen? ca. \_\_\_\_\_ Stunden/Prozent (Nichtzutreffendes streichen)

1.3. Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag bewegen/tragen?  Ja, ca. \_\_\_\_\_ kg  Nein

1.4. Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie? \_\_\_\_\_

1.5. Welche Hobbys führen Sie regelmäßig durch? \_\_\_\_\_

1.6. Hatten Sie in den letzten Jahren chirurgische Eingriffe (Operationen)?  Nein  Ja, folgende (ggf. Extrablatt):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.7. Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?

Nein  Ja, wegen und bei \_\_\_\_\_

2.1. Leiden Sie an Osteoporose?  Ja  Nein

2.2. Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten Jahren um ca. 4 cm verkleinert?  Ja  Nein

2.3. Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren Sturz?  Ja  Nein

2.4. Rauchen Sie \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag?  Ja  Nein

2.5. Trinken Sie regelmäßig/täglich, über 12 Gramm/0,3 Liter Bier als Frau  
bzw. 24 Gramm/0,6 Liter Bier als Mann, Alkohol?  Ja  Nein

2.6. Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen?  Ja  Nein

2.7. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?  Ja  Nein

3.1. Haben Sie neue oder wiederholt auftretende weiche Schwellungen  
eines oder mehrerer Gelenke?  Ja  Nein

3.2. Leiden Sie unter Morgensteifigkeit der Gelenke, die mindestens 30 Minuten andauert  
und dabei unüberwindbar bleibt?  Ja  Nein

3.3. Haben Sie Schmerzen, die am frühen Morgen (ca. 3– 4 Uhr) noch vor dem Aufstehen massiv auftreten  
und den Schlaf stören?  Ja  Nein

3.4. Haben Sie Schmerzen, die durch Bewegung nicht besser werden?  Ja  Nein

*Bitte wenden!*

- 4.1. Sind in der letzten Zeit Probleme mit dem Halten/Kontrollieren von Harn und Stuhl aufgetreten?  Ja  Nein
- 4.2. Haben Sie Probleme beim  Husten  Niesen  Pressen  Einatmen?  Ja  Nein
- 4.3. Leiden Sie an  Kopfschmerzen  Schwindel  Übelkeit  Sprachproblemen  
 Schluckproblemen?  Ja  Nein
- 4.4. Haben Sie das Gefühl, auf Watte zu gehen?  Ja  Nein
- 5.1. Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?  
 Ja, in folgendem/n Bereich/en: \_\_\_\_\_  Nein
- 5.2. Haben Sie in letzter Zeit einen plötzlichen und ungewollten Gewichtsverlust ( $\geq 5\%$  des Körpergewichts in 6 Monaten) festgestellt?  Ja  Nein
- 5.3. Leiden Sie unter häufigen Infekten ( $\geq 5$  Infektionen/Jahr)?  Ja  Nein
- 5.4. Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank?  Ja  Nein
- 5.5. Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Temperatur oder nächtliches Schwitzen?  Ja  Nein
- 6.1. Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst?  Ja  Nein
- 6.2. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?  Ja  Nein
- 6.3. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen,  
die Sie sonst gerne tun?  Ja  Nein
- 6.4. Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam?  Ja  Nein
- 7.1. Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen  
körperliche Anstrengung Brustschmerzen?  Ja  Nein
- 7.2. Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach, keine körperliche Anstrengung  
ausüben können?  Ja, weil \_\_\_\_\_  Nein
- 7.3. Leiden Sie an Diabetes mellitus oder einer anderen Stoffwechselerkrankung?  Ja  Nein
- 8.1. Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose, HIV, Blut-  
gerinnungsstörungen, Bluthochdruck etc.)?  Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 8.2. Nehmen Sie momentan Medikamente/Hormone ein?  
 Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 8.3. Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden uns mitteilen möchten?  
(z. B. Schwangerschaft, Verletzung/Unfall o.ä.)  
 Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_