

# Aufnahmebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient**

wir danken Ihnen, dass Sie sich für die Praxis PhysioVitale entschieden haben. Gemeinsam mit Ihnen, möchten wir Ihre Therapieziele bestmöglich erreichen.

Für unsere Planung und eine optimale Behandlung, möchten wir Sie bitten die nachstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen vollständig zu beantworten und die rücksseitigen Informationen zur Kenntnis zu nehmen. Sämtliche Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt (Schweigepflicht)!

**Patientendaten:**

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Straße:**

**Wohnort:**

**Telefon**

**privat:**

**dienstlich:**

**Email:**

**Krankenversicherung** (sowie Versicherungsart):

**Zuzahlungsbefreiung:**

**Ja**

**Nein**

**Zuständiger Arzt:**

Wir möchten Sie darum bitten, vereinbarte Termine im Falle einer Verhinderung 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls wird Ihnen der Behandlungsbetrag privat in Rechnung gestellt. Die Höhe richtet sich nach der Verordnung und kann an der Anmeldung erfragt werden. Terminvereinbarungen und Absagen sind unter folgender Nummer möglich (auch jederzeit über den Anrufbeantworter):

**06221/419787**

Vielen Dank für ihre Mitarbeit!

---

Datum, Unterschrift Patient

**PhysioVitale**<sup>®</sup>



**bitte wenden**

## Allgemeine Geschäftsbedingungen

(gültig ab 01.01.2014)

Die nachstehenden Bedingungen liegen dem Behandlungsverhältnis zwischen dem Patienten und der Praxis PhysioVitale Sascha Mascali zugrunde:

1. Für eine effektive und zielgerichtete Behandlung ist es erforderlich, dass wir Kenntnis von behandlungsrelevanten Umständen erhalten. Der Patient verpflichtet sich wahrheitsgemäß und vollständig Auskunft zu erteilen, hinsichtlich sämtlicher das Patientenverhältnis betreffender Fragen, insbesondere hinsichtlich der Fragen zu seiner Person, seinem Gesundheitsstatus, einem bisher erfolgten Therapieverlauf, der Einnahme von Medikamenten und Vorerkrankungen. Bringen Sie bitte für eine zielgerechte Therapie nützliche Befunde (z.B. Röntgenbilder, CT, MRT) zur ersten Behandlung mit.
2. Gesetzlich Versicherte entrichten die Rezeptgebühr zum Anfang der Behandlung oder legen ihre Befreiung hiervon vor.
3. Beachten Sie bitte, dass bei einer Rezept- oder Behandlungsunterbrechung von mehr als 10 Tagen Ihre Verordnung ihre Gültigkeit verliert (ausgen.:Urlaub und Krankheit). Die Behandlung muss ebenso 10 Tage nach Ausstellung der Verordnung beginnen.
4. Die Krankenkassen kontrollieren sehr genau die Rezepte und verweigern bei geringsten Fehlern die Zahlung. Bitte haben Sie Verständnis, wenn wir darauf bestehen das Rezept vor Behandlungsbeginn ändern zu lassen, wenn dies unseres Erachtens erforderlich ist.
5. Bringen Sie zur Behandlung bitte bequeme Kleidung und ein Handtuch mit.
6. Bitte haben sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen bei nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagtem bzw. versäumtem Termin das hierfür ausgefallene Honorar und ggf. weiter angefallene Kosten privat in Rechnung stellen müssen, da wir für jeden Termin einen Therapeuten bereithalten.
7. Die Behandlungszeiten richten sich nach den geltenden Verträgen mit den Krankenkassen und der Vereinbarung mit dem Patienten. Sie können die Zeiten gerne an der Anmeldung erfragen. (Bsp.:GKV: KG oder MT 15-25 min.) Das Beschwerdebild entscheidet über die tatsächliche Therapiedauer. Soweit eine darüber hinausgehende Behandlungszeit in Anspruch genommen wird, ist diese gesondert nach der jeweiligen Preisliste durch den Patienten zu vergüten.
8. Die Befundaufnahme sowie die Vorbereitungszeit für ergänzende Heilmittel wie z.Bsp. heiße Rolle gehört zur Behandlungszeit.
9. Für Wertgegenstände und die Garderobe übernehmen wir keine Haftung.
10. Bitte beachten Sie, dass Fango und Öle die Kleidung verschmutzen können.
11. Bei Privatversicherten erlauben wir uns eine Zwischenrechnung zu stellen, sollte die Behandlung auf Basis eines Rezeptes nach 8 Wochen noch nicht beendet sein.

---

Datum, Unterschrift Patient

**PhysioVitale**<sup>®</sup>



## Anamnese

Was ist aus Ihrer Sicht Ihr momentanes Hauptproblem? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen? Wann bzw. bei welchen Handlungen treten sie auf?

\_\_\_\_\_

Können Sie die Beschwerden verringern? Wenn ja, wie?

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Begleiterkrankungen (z.B. Herzerkrankung, Osteoporose, Rheuma, Diabetes) bekannt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Benutzen Sie zur Zeit Hilfsmittel(z.B.:Rollator, Rollstuhl)? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann circa und weswegen?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals einen Unfall? Wenn ja, wann etwa und welches Körperteil war betroffen?  
(z.B. Sturz auf Steißbein/Kopf in der Kindheit) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen im letzten Jahr bildgebende Verfahren o.ä. durchgeführt?

- Röntgen/CT
- Kernspintomographie (MRT)
- Szintigraphie
- Sonstiges(z.B.Knochendichte):

Was versprechen Sie sich von der Behandlung? (Was ist ihr Therapieziel?)

\_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Fragen oder Anliegen?

Wir besprechen das gleich in der Untersuchung.

Bitte wenden Sie das Blatt.



**Markieren Sie bitte den Ort Ihrer Beschwerden in der Zeichnung.**

