

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

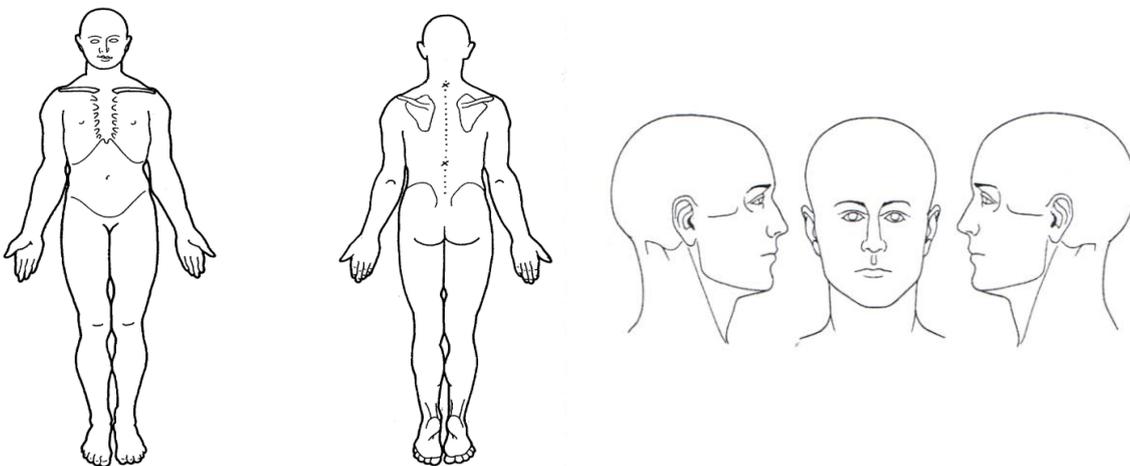
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich privat

Alter: _____ Beruf: _____ Sport/Hobby: _____ Hausarzt/Hausärztin: _____

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Unterschrift: _____ Datum: _____

1.) **Wo** haben Sie Ihre **Probleme**? (bitte einzeichnen)



© NOI Australasia

2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? _____

3.) Was sind Ihre **Nebenbeschwerden**? _____

4.) Haben Sie **Schmerzen**? Ja Nein

5.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? Ja Nein

6.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert? (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit) Ja Nein

7.) Ist Ihre **Kraft** verändert? (Kraftlosigkeit, Lähmung) Ja Nein

8.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____

9.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Haupt- und Nebenbeschwerden** schon? _____

10.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden? (Unfall, Operation, Nahrungsmittelunverträglichkeit,...)

11.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Aktivität, Nahrungskarenz, Isolation, Krankschreibung,...)

12.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Aktivität, Nahrungsaufnahme, Stress, Arbeitsplatz,...)

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (max. Schmerz)

14.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (max. Schmerz)

15.) Wie ist momentan Ihr **allgemeiner Funktionsstatus**? (bitte einkreisen):

(Ich funktioniere nicht) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Funktion ohne Einschränkung)

16.) Wie ist Ihre **Stimmung**? (bitte einkreisen):

(niedergeschlagen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (bester Stimmungslage, euphorisch)

17.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen**

18.) Beschreiben Sie kurz den **Tages-Verlauf** Ihrer Beschwerden:

19.) Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet (bitte einkreisen):

Hauptbeschwerden: **gleich** **besser** werdend **verschlechternd**

Nebenbeschwerden: **gleich** **besser** werdend **verschlechternd**

20.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**? Ja Nein

21.) Haben Sie **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen**? Ja Nein

22.) Sind Sie **schwanger**? Ja Nein

23.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? Ja Nein

24.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** oder **Schluckstörungen**? Ja Nein

25.) Sind Sie **Diabetiker:in**? Ja Nein

26.) Haben Sie **Osteoporose**? Ja Nein

27.) Haben Sie **weitere Erkrankungen**? (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.) Ja Nein

28.) Haben Sie Beschwerden mit dem **vegetativen Nervensystem**? (z.B. Schwitzen, Frösteln,...) Ja Nein

29.) Haben Sie Beschwerden mit dem **Verdauungstrakt**? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

30.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? Ja Nein

Wenn ja, welche (bitte mit Dosierung):

31.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? Ja Nein

32.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? Ja Nein

33.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? Ja Nein

34.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? Ja Nein

35.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann (Jahreszahl):

36.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Haupt/Nebenbeschwerden nicht in Zusammenhang stehen? (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz etc.) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

37.) Fühlen Sie sich **psychisch belastet** (z.B. am Arbeitsplatz, familiär,...) Ja Nein

Wenn ja, bitte kurz beschreiben:

38.) Haben Sie Angst oder Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet? Ja Nein

39.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem langfristig** anhalten wird? Ja Nein

40.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen):

Röntgen CT MRT Spritze Massage Physiotherapie

Anderes: _____

41.) Welche **Therapieformen** wurden bereits durchgeführt und mit welchem Therapieerfolg?

42.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von

Name: _____

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis Pure Move Physiotherapie & Osteopathie meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten; zur Erfüllung des Behandlungsvertrages; zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen und dem Patienten sowie zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- Die im Rahmen des vorstehend genannten Zwecks erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mich Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommen kann und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf schriftlich zu richten an:

Pure Move Physiotherapie & Osteopathie

Inhaber Nico Weimer

An der Krimm 19B

55124 Mainz

Im Falle eines Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Mainz, den

Unterschrift

Behandlungsvertrag

Name:

1. Die Vergütung für eine osteopathische Behandlung beläuft sich auf 85,- Euro pro Behandlungseinheit von 50 Zeitminuten.
2. **Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Termin bei einer Absage innerhalb von 24 Stunden vor Ihrem geplanten Termin, auch bei Krankheit, Verkehr oder vergessenem Termin, privat in Rechnung stellen, es sei denn, dieser kann noch vergeben werden. Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis.**
3. Die Durchführung von Behandlungen ist ausschließlich mit einem ärztlichen Rezept eines niedergelassenen Arztes möglich.
4. Vor Inanspruchnahme einer Kostenrückerstattung durch die Krankenkasse empfehlen wir, eigenverantwortlich die Berechtigung zu klären. Nicht erstattungsfähige Kosten können nicht beanstandet werden. Nutzen Sie hierfür bitte den beigefügten Kostenvoranschlag.

Die vorstehenden Hinweise, insbesondere zu den Behandlungspreisen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen ausdrücklich an.

Datum:

Unterschrift: