

Aufnahmebogen



INSTITUT FÜR
REHABILITATION

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um das bestmögliche Therapieergebnis zu erzielen, benötigen wir Ihre Mithilfe.

Dazu gehören eine im Vorfeld gesicherte Terminverbindlichkeit ebenso wie eine Rechnungstransparenz im Anschluss. Zusätzlich ermöglicht Ihre genaue Vorinformation mehr Zeit für die Behandlung.

Datum:

Name, Vorname:

Alter:

A. Persönliche Angaben:

bitte zuständiges einkreisen – Ihre Angaben werden höchstvertraulich behandelt.

I. Cave / Nebendiagnosen:

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Gelenkprothese, wo..... | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Allergie, gegen..... | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft Tumor | |

Sonstiges

z.B.: Parkinson, Multiple Sklerose, Rheuma, Schlaganfall, familiäre Erkrankung

II. Medikamente : (welche benötigen Sie regelmäßig)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Psychopharmaka |
| <input type="checkbox"/> Blutdrucksenker | <input type="checkbox"/> Insulinpflicht | <input type="checkbox"/> Cortison |
| <input type="checkbox"/> Asthmaspray | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikament | |

Sonstiges

z.B. Raucher

III. Beruf: (welcher)

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> viel im Auto sitzend | <input type="checkbox"/> PC Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> stehend |
| <input type="checkbox"/> körperlich anstrengend | <input type="checkbox"/> Stress | |

IV. Freizeitbeschäftigung (welcher Tätigkeit kommen Sie regelmäßig nach)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radln/Laufen/Schwimmen | <input type="checkbox"/> Nordicwalking | <input type="checkbox"/> Krafttraining |
| <input type="checkbox"/> Handarbeit/ Musik | <input type="checkbox"/> Yoga / Aerobic / Pilates | <input type="checkbox"/> |



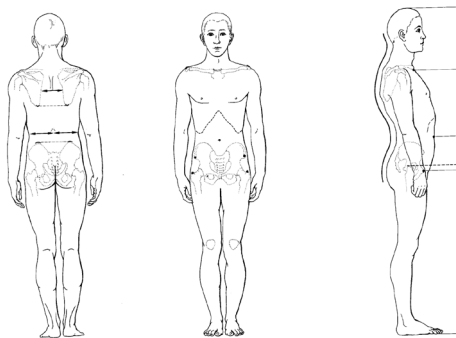
V. Vorgeschichte

vorausgegangene Operationen / Traumata mit Jahresangabe / bisher durchgeführte Therapien

.....
.....
.....
.....
.....

VI. Hauptproblem

(bitte ankreuzen und im Bild schraffieren)



- Schmerz
- Kraftdefizit
- Schwellung
- Sensibilitätsstörung
- Instabilität
-

B. Terminverbindlichkeit:

Im Falle einer nicht fristgerechten Terminabsage (mind. 24 Std. vorher) , auch telefonisch, müssen wir eine Ausfallvergütung mit 20 € pro Behandlungseinheit berechnen.

C. Datenschutz:

Über den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurde ich informiert.

D: Telemedizin:

Hiermit bestätige ich die Einverständniserklärung einer telemedizinischen Sprechstunde. Genauere Informationen dazu liegen in der Praxis aus.

E. Rechnungsmodalität:

Die Rechnung ist innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungsstellung unabhängig von der Rückerstattung durch Ihre Kasse zu begleichen. Dies gilt sowohl für Behandlungen auf Rezeptbasis als auch bei reinen Selbstzahlerleistungen. Dazu erstellen wir Ihnen auf Nachfrage einen Kostenvoranschlag.

F. Rezeptgebühr:

Nach Vorgabe der GKV ist die Rezeptgebühr bei der 1. Behandlung zu entrichten. Bei vorzeitigem Abbruch besteht Anspruch auf anteilige Rückzahlung.

Mit den oben aufgeführten Praxismodalitäten erkläre ich mich einverstanden.

München den

Unterschrift Patient