



Gesundheitsraum

— Neukeferloh —

PRIVATE PHYSIOTHERAPIE ULRIKE BÖTTICHER

**ERSTANAMNESE / FRAGEBOGEN ZU IHRER
KRANKHEITSGESCHICHTE**

**SEHR GEEHRTE PATIENTINNEN/EN, BITTE BEANTWORTEN SIE
KURZ DIE NACHFOLGENDEN FRAGEN.**

NAME, VORNAME :

ADRESSE :

TELEFONNUMMER:

MAILADRESSE:

GEBURTSTAG:

VERSICHERUNG: PRIVAT ODER BEIHILFE

BERUF:

HAUSARZT:

SPORT/HOBBY:

DATUM :

ALLGEMEINE FRAGEN:

1. DERZEITIGE TÄTIGKEIT?

2. ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN?(Z.B. HERZ-KREISLAUF, LUNGE, HNO, UROGENITAL, DIABETES ETC.)

3. SCHWERE ERKRANKUNGEN IN DER KINDHEIT / PROBLEME BEI IHRER GEBURT?

4. FÜR FRAUEN: HABEN SIE KINDER GEBOREN? WIEVIEL? GAB ES KOMPLIKATIONEN?

5. HATTEN SIE SCHWERE UNFÄLLE? FOLGESCHÄDEN?

6. OPERATIONEN? WELCHER ART UND WANN?

7. NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? WELCHE ?

JETZIGE BESCHWERDEN

WELCHE BESCHWERDEN/SCHMERZEN HABEN SIE ZU MIR GEFÜHRT?

WANN HABEN SIE BEGONNEN? AUSLÖSER?

HABEN SICH DIE SCHMERZEN/BESCHWERDEN MIT DER ZEIT GEÄNDERT (INTENSITÄT/ORT)?

WIE IST DIE QUALITÄT DES SCHMERZES? KRIBBELN, TAUBHEIT, BRENNEND, ZIEHEND, BOHREND ETC.?

ÄNDERT SICH DER SCHMERZ IM LAUFE DES TAGES?

IN WELCHER KÖRPERHALTUNG ÄNDERT SICH DER SCHMERZ?

**HABEN SIE ZUSÄTZLICHE BESCHWERDEN?
(SCHWINDEL, SCHLAFSTÖRUNG, ANTRIEBSMANGEL...?)**

WO AUF EINER SCHMERZSKALA 0-10 WÜRDEN SIE IHREN SCHMERZ BEWERTEN? 0-SEHR GUT, 10-SEHR SCHLECHT.

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

**LEIDEN SIE UNTER SEELISCHENBELASTUNGEN?
(Z.B.STRESS,KONFLIKTE,TRAUER...)PFLEGE/VERSORGEN
SIE EIN FAMILIENMITGLIED?**

VORBEHANDLUNGEN? (THERAPIE, OP, KUR, REHA....)

**GAB ES MEDIZINISCHE VORUNTERSUCHUNGEN?
(ORTHOPÄDE,NEUROLOGIE,ALLGEMEINMEDIZIN.,PSYCH.)**

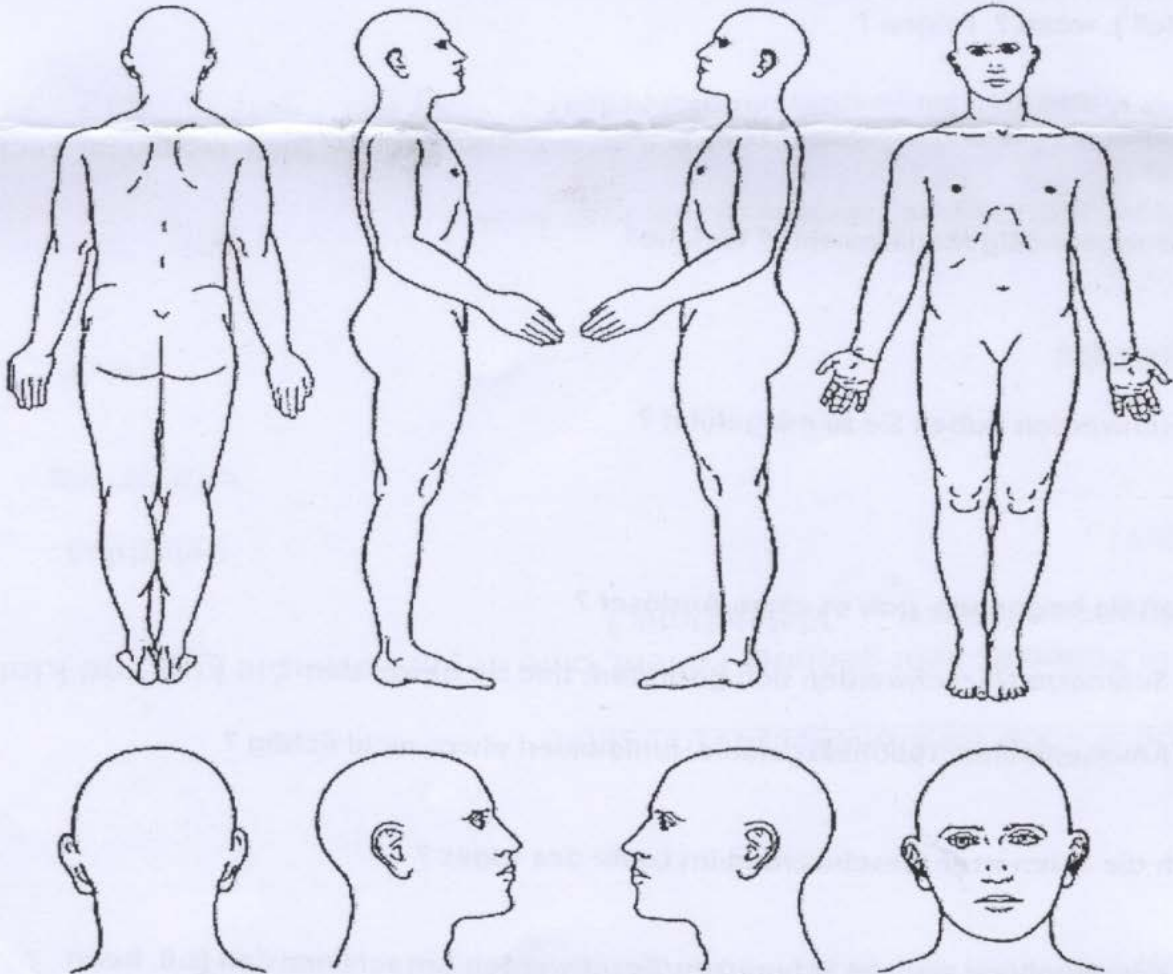
**WAS SIND IHRE ERWARTUNGEN UND ZIELE FÜR
DIESE THERAPIE WAS SIND IHRE ERWARTUNGEN UND ZIELE FÜR
DIE THERAPIE?**



Gesundheitsraum

— Neukeferloh —

Zeichnen Sie bitte hier ein, wo Sie überall Schmerzen haben.



Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken), kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung können sie mit einem Pfeil (•>) markieren.

VIELEN DANK FÜR DIE BEANTWORTUNG DER FRAGEN!

BEHANDLUNGSVERTRAG FÜR PRIVATPATIENTEN UND SELBSTZAHLER

**DER VERTRAG WIRD GESCHLOSSEN ZWISCHEN:
ULRIKE BÖTTICHER, PHYSIOTHERAPIE, BRETONISCHER RING 18,
85630 NEUKEFERLOH**

UND

.....
**DIE VERTRAGSPARTNER VEREINBAREN DIE ERBRINGUNG FOLGENDER
LEISTUNGEN:**

| Anzahl | Behandlungsleistung | Einzelpreis |
|--------|-----------------------------|-------------|
| | Krankengymnastik | 25,00 € |
| | Manuelle Therapie | 27,00 € |
| | Massage | 20,00 € |
| | Fango (Naturfango) | 17,00 € |
| | Lymphdrainage (30 min) | 27,00 € |
| | Lymphdrainage (45 min) | 40,00 € |
| | Elektrotherapie/Ultraschall | 9,80 € |

- **DIESE HONORARSÄTZE GELTEN WIE VEREINBART UND SIND DURCH DEN PATIENTEN/VERSICHERTEN ZU BEGLEICHEN.**
- **DIESE VEREINBARUNG IST AUCH GÜLTIG, WENN EINE ERSTATTUNG NICHT ODER NICHT IN VOLLER HÖHE GEWÄHRLEISTET IST.**
- **DER RECHNUNGSBETRAG WIRD IN 14 TAGEN NACH ZUGANG DER RECHNUNG FÄLLIG. DIESER ZAHLUNGSZEITPUNKT KANN VON ERSTATTUNGSZEITPUNKT DER VERSICHERUNG ABWEICHEN.**
- **WENN DER VEREINBARE TERMIN NICHT MINDESTENS 24H VORHER TELEFONISCH ABGESAGT WIRD, WIRD ER IN RECHNUNG GESTELLT.**
- **DIE UNTERZEICHNER HABEN JE EINE AUSFERTIGUNG DIESER VEREINBARUNG ERHALTEN.**

NEUKEFERLOH, DER

.....

.....



Gesundheitsraum
Neukeferloh

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENSCHUTZVERARBEITUNG

VON
HERRN/FRAU

ANSCHRIFT

ICH BIN EINVERSTANDEN, DASS DURCH DIE PRIVATE PHYSIOTHERAPIEPRAXIS ULRIKE BÖTTICHER (GESUNDHEITSRAUM NEUKEFERLOH) MEINE DATEN ZU FOLGENDEN ZWECKEN ERHOSEN, VERARBEITET UND GENUTZT WERDEN: ZUR PFLEGE DER KONTAKTDATEN, DER ERFÜLLUNG DES BEHANDLUNGSVERTRAGS, ZUR THERAPEUTISCHEN DOKUMENTATION, ZUR ERSTELLEN VON BEHANDLUNGSBERICHTEN UND ARZTBERICHTEN.

ICH BIN DARAUF HINGEWIESEN WORDEN, DASS

- ✦ DIE IM RAHMEN DER VORSTEHENDEN GENANNTEN ZWECK ERHOBEENEN PERSÖNLICHEN DATEN MEINER PERSON UNTER BEACHTUNG DES DSGVO UND DES BDSG ERHOSEN, VERARBEITET, GENUTZT UND ÜBERMITTELT WERDEN.
- ✦ DIE ERHEBUNG, VERARBEITUNG UND NUTZUNG MEINER DATEN AUF FREIWILLIGER BASIS ERFOLGT UND DASS ICH MEIN EINVERSTÄNDNIS VERWEIGERN MIT DER FOLGE, DASS DER BEHANDLUNGSVERTRAG NICHT ERFÜLLT WERDEN KANN/NICHT ZUSTANDE KOMMT UND DIE BEHANDLUNG MIT DER KRANKENKASSE NICHT ABGERECHNET WERDEN KANN.
- ✦ ICH BIN JEDERZEIT BERECHTIGT, AUSKUNFT ÜBER DIE ZU MEINER PERSON GESPEICHERTEN DATEN ZU VERLANGEN.
- ✦ ICH BIN JEDERZEIT BERECHTIGT, DIE BERICHTIGUNG, LÖSCHUNG ODER SPERRUNG EINZELNER PERSONENBEZOGENER DATEN ZU VERLANGEN.
- ✦ ICH BIN JEDERZEIT BERECHTIGT, MIT WIRKUNG FÜR DIE ZUKUNFT DIESE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZU WIDERRUFEN.

IM FALLE DES WIDERRUFS IST DIESER ZU RICHTEN AN:

PRIVATE PHYSIOTHERAPIEPRAXIS ULRIKE BÖTTICHER
BRETONISCHER RING 18
85630 GRASBRUNN

HIER WERDEN MEINE DATEN NACH ABLAUF GESETZLICHER 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.

NEUKEFERLOH, DEN

UNTERSCHRIFT:

