

Liebe Patienten, mit diesem Fragebogen erleichtern Sie uns die Erfragung für mögliche Ursachen Ihrer Beschwerden. Sie liefern uns damit wichtige Information für Ihre Behandlung. Alle Angaben sind streng vertraulich und dienen Ihrer Behandlung.

Name: Geburtsdatum:

Straße: PLZ – Ort:

Tel.: E- Mail.:

Krankenkasse: Beruf:

Hobbies/ Sport:

1. Sind Sie aktuell bei folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

- Hausarzt Orthopäde Osteopath Zahnarzt Psychologe / Psychiater
 Andere, welche:

2. Aufgrund welcher Beschwerden wurden Sie in den letzten 10 Jahren therapeutisch behandelt:

3. Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

- Bewegungssystems (Knochenfraktur, Gelenk-OP o.ä.)? ja, welche:
- Herz-Kreislaufsystems (Herzinfarkt, Bypass-OP o.ä.)? ja, welche:
- Atmungssystems (Asthma, COPD o.ä.)? ja, welche:
- Nervensystems (Lähmungen, Schlaganfall o.ä.)? ja, welche:

4. Sind Allergien bei Ihnen bekannt (Medikamente, Latex)? Wenn ja, welche:

5. Bitte nennen Sie Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden (Was und Wann?):

6. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten Wochen eingenommen:

- | | | |
|-------------------|-------------------------------|---|
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet |
| Entzündungshemmer | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet |
| Muskelrelaxate | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet |
| Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet |
| Andere: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="text"/> |

7. Welche Beschwerden haben Sie zu uns geführt? Bitte beschreiben Sie:

8. Wann haben die Beschwerden begonnen, gab es einen Auslöser? Und haben sich die Schmerzen/Beschwerden mit der Zeit verändert, sind sie gewandert?

9. Ändern sich die Beschwerden im Laufe des Tages?

10. In welcher Körperhaltung sind die Beschwerden am schlimmsten?

Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

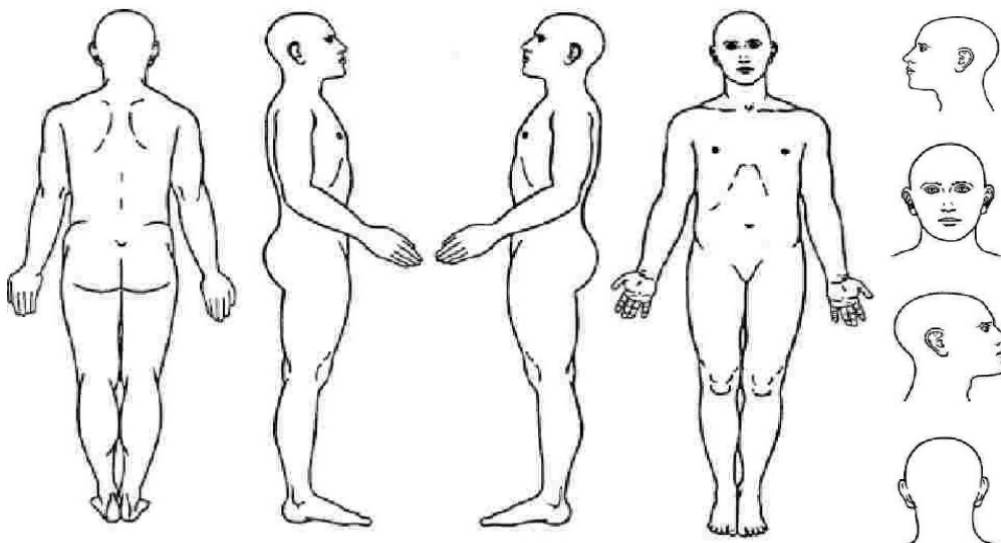
☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

11. Schmerzqualität: beschreiben Sie kurz ihre Schmerzen (z.B. scharf, brennend, oberflächlich, krampfartig, wellenförmig, wechselhaft, einschießend, bohrend...)

12. Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz (z.B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, Schwindel, Schlafstörungen, Gewichtsverlust o.ä.)?

Zeichnen Sie in der Skizze bitte ein, wo Sie überall Schmerzen haben

Gehen Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet aus, kennzeichnen Sie es mit einem (X), die Ausstrahlungsrichtung mit einem (→)



Für gesetzlich Versicherte Patienten:

Mir ist bekannt, dass volljährige, gesetzlich Versicherte eine Zuzahlung leisten müssen.
(setzt sich zusammen aus: 10,-€ pro Rezept + 10% des Rezeptwertes)

Diese Zuzahlung ist frühestens zu Behandlungsbeginn und spätestens zum zweiten Termin in bar zu verrichten.

Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, legen Sie uns bitte Ihr Kärtchen vor.

Ich wurde in den letzten 12 Wochen physiotherapeutisch behandelt: Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an ein Abrechnungszentrum weitergegeben werden.

Für privat versicherte Patienten:

Über die genauen Vergütungssätze werden Sie in der Honorarvereinbarung informiert.

Sollten Sie eine Behandlungsform wünschen, die Ihnen nicht vom Arzt verordnet wurden oder deren Kostenübernahme nicht gewährleistet wird, können Sie die Leistung selbstverständlich als Selbstzahler in Anspruch nehmen.

Weitere Informationen finden Sie unter www.noraphysio.de/infos/.

Wie haben Sie zu uns gefunden?

Google Arzt Empfehlung / Bekannte Sonstiges

Stornierung / Ausfallhonorarvereinbarung

Da wir eine ausschließliche Terminpraxis sind, ist es dringend erforderlich, dass Sie nicht wahrnehmbare Termine mindestens 24 Stunden vorher absagen.

Bei kürzerer Stornierung oder Nichterscheinen stellen wir Ihnen für jeden nicht wahrgenommenen Termin ein pauschales Ausfallhonorar in Höhe von 25,00 EUR in Rechnung (§§ 615, 293ff BGB).

Zur Kenntnis genommen:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Patient/ Patientin)

Den Bogen bitte vor Behandlungsbeginn an info@noraphysio.de oder via Fax an die 030/28473244.

Vielen Dank!