

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

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

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

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV o.ä.)?  ja, welche:

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  nein  ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet

Entzündungshemmer  nein  ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet

Muskelrelaxate  nein  ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet

Psychopharmaka  nein  ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet

Andere  nein  ja, welche

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 ☹

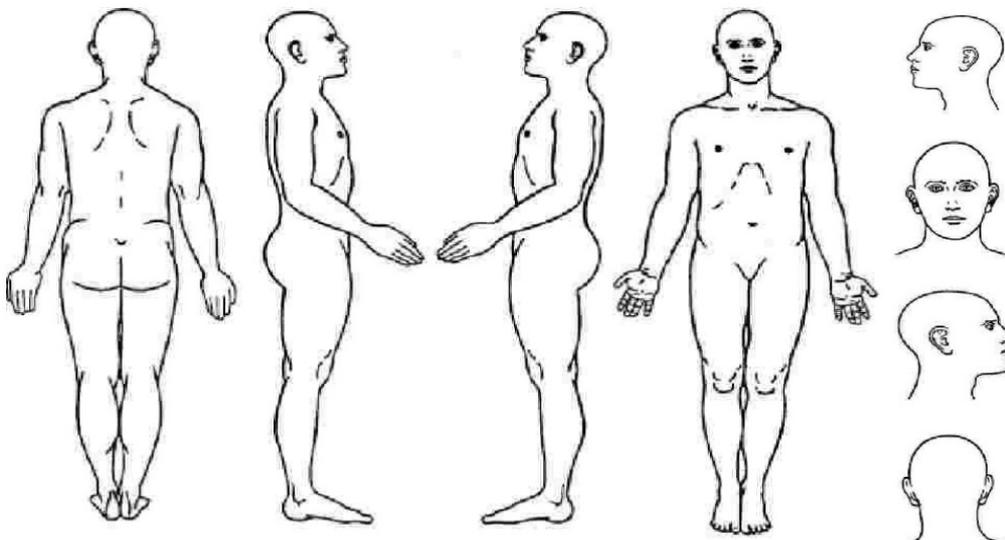
11. Schmerzqualität: beschreiben Sie kurz ihre Schmerzen (z.B. scharf, brennend,

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)

Sie erhalten eine Rechnung mit Bitte um Überweisung zu Behandlungsbeginn.

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 verarbeitet, gespeichert und an das Schweriner Rechenzentrum für Heilberufe zur Abrechnung weitergegeben werden.

---

**Für privat versicherte Patienten:**

Über die genauen Vergütungssätze werden Sie in der Honorarvereinbarung informiert.

Wir stellen das 1,8 fache der VDEK Sätze, unabhängig vom aktuellen Beihilfetarif in Rechnung.

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/](http://www.noraphysio.de/infos/)

---

Ich bin einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich stimme einer Übermittlung der Rechnungen, Honorarvereinbarungen und Mahnungen im PDF Format zu. Wir versenden diese Dokumente verschlüsselt, um sie vor unbefugter Einsichtnahme zu schützen, weisen Sie jedoch darauf hin, dass die Übermittlung von Daten per E-Mail stets das Risiko enthält, dass diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden könnten.

---

Wie haben Sie zu uns gefunden? Google Arzt Empfehlung / Bekannte Sonstige

**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)