

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherung: _____ gesetzlich / privat / Beihilfe (bitte einkreisen)

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____



Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) zum Zwecke der physiotherapeutischen Behandlung in dem erforderlichen Umfang an die/dem behandelnde(n) Ärztin/ Arzt, das Krankenhaus oder das medizinische Versorgungszentrum weitergegeben werden dürfen.

Hiermit willige ich ein, dass die PhysioTec GmbH zum Zwecke meiner Behandlung bei der/dem behandelnde(n) Ärztin/ Arzt, dem Krankenhaus oder dem medizinischen Versorgungszentrum meine personenbezogenen Daten im erforderlichen Umfang einholen darf.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass PhysioTec mich per E-Mail über aktuelle Aktionen und Sonderangebote informiert.

Behandlungsvertrag

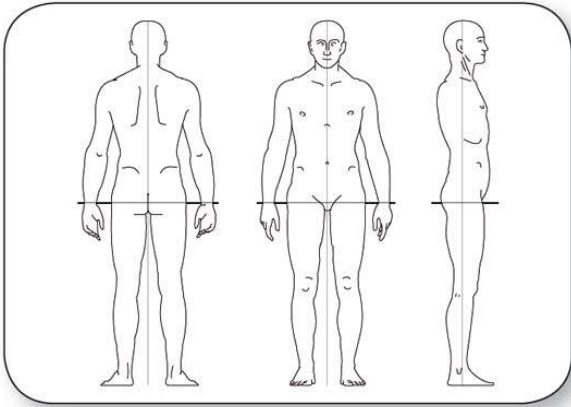
PHYSIOTECH GmbH,

1. Falls ein Termin nicht eingehalten werden kann, muss die Absage **mindestens 24 Stunden** im Voraus erfolgen, um eine Weitergabe des Termins gewährleisten zu können.
2. Falls dies nicht geschieht, behalten wir uns vor die Behandlung privat in Rechnung zu stellen. Bei gesetzlich versicherten Patienten richtet sich der Betrag nach dem Satz, den die Krankenkasse für die Behandlung bezahlt. Bei privat versicherten Patienten nach dem festen Preis für eine Behandlung.
3. Bei selbstverschuldeter Verspätung seitens des Patienten, besteht kein Anspruch auf eine Verlängerung der Behandlung um die Fehlzeit.
4. Der Patient wird gebeten zu jeder Behandlung ein Handtuch mitzubringen, benötigt er eines zur Leihgabe, so wird eine Gebühr von 1 € fällig.
5. Bei **gesetzlich** versicherten Patienten fällt nach § 32 SGB V ein Eigenanteil an, dieser ist bis spätestens zum 2. Behandlungstermin zu begleichen.
6. Bei **gesetzlich** versicherten Patienten ist darauf zu achten, dass zwischen der Ausstellung des Rezeptes und dem ersten Termin bei PHYSIOTECH nicht mehr als 14 Tage liegen. Ist dies der Fall, muss der Patient den Behandlungsbeginn bei seinem Arzt umändern lassen. Eine Behandlungsunterbrechung darf nicht mehr als 14 Tage betragen.
Zudem muss der Patient eventuell anfallende Rezeptkorrekturen durch den Arzt selbst erledigen.
7. Bei **privat** versicherten Patienten können wir keine volle Kostenübernahme durch die Krankenkasse gewährleisten. Unsere Rechnungen sind unabhängig von einem möglichen Erstattungsanspruch (z.B. gegenüber der Krankenversicherung oder einer Beihilfestelle) nach Erhalt zu zahlen.
8. Details zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Firma Physiotec GmbH finde Sie ebenfalls online in den Datenschutzhinweisen von der Firma Physiotec GmbH unter (<http://www.physiotec.net/datenschutz>).

Frankfurt, den (Datum): _____

Unterschrift des Patienten: _____

Kurze Beschreibung der Beschwerden



akut chronisch seit _____

Wann treten die Beschwerden am **stärksten** auf?

morgens tagsüber abends nachts nach Belastung in Ruhe permanent
stetig und ansteigend

Wie **stark** ist Ihr **Schmerz**? (bitte einkreisen)

(Kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____

Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Unfall, Sturz, Operation etc.)?

Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Gehen, Tragen etc.):

Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Bewegung, Ruhe, Wärme, bestimmte Positionen etc.):

Bisherige **Therapie/Diagnostik** (Röntgen, CT, MRT, Spritze, Physiotherapie etc.) :

Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein, wenn ja **welche**? :

Haben Sie **weitere Erkrankungen z.B.** (Herzerkrankungen, Osteoporose, Diabetes, Bluthochdruck):
