

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in der Physiotherapie am Feldtor. Nach dem Patientenrechtegesetz sind Ärzte und Therapeuten zur Aufklärung gegenüber dem Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen nach. Mit Ihrer Unterschrift am Ende willigen Sie in die Behandlung ein, gemeinsam mit Ihrem Therapeuten werden Sie Ihr persönliches Therapieziel festlegen.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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 ärztlich oder therapeutisch behandelt?**

\_\_\_\_\_

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

- Bewegungssystem (Knochenfraktur, Bandruptur, Gelenk-OP o.ä.)?  nein;  ja, welche?

\_\_\_\_\_

- Herz-Kreislaufsystem (Hypertonie, Herzinfarkt, Bypass-OP o.ä.)?  nein;  ja, welche?

\_\_\_\_\_

- Atmungssystem (Asthma, COPD o.ä.)?  nein;  ja, welche?

\_\_\_\_\_

- Nervensystem (Lähmungen, Schlaganfall, Parkinson o.ä.)?  nein;  ja, welche?

\_\_\_\_\_

**Sind Allergien bei Ihnen bekannt (Medikamente, Latex)?**  nein;  ja, welche?

\_\_\_\_\_

**4. Bitte nennen Sie alle Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden (Angabe von Grund und Datum).**

\_\_\_\_\_

**5. 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  ärztlich verordnet  nicht verordnet

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Was hat Sie zu uns geführt? Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden.

---

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

---

8. Ändern sich die Beschwerden im Laufe des Tages?

---

9. In welcher Körperhaltung (z.B. beim Schlafen, Sitzen, Gehen) sind die Beschwerden am schlimmsten?

---

10. 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. Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerzen (z.B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Schlafstörungen, Gewichtsverlust o.ä.)?

---

#### Mögliche Komplikationen:

In der Regel sind die therapeutischen Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Als Folge spezieller Behandlungen und Techniken kann es zum Auftreten von muskelkaterähnlichen Schmerzen, blauen Flecken und/ oder Hautrötungen kommen. Diese verschwinden in der Regel innerhalb weniger Tage. Sollten diese oder ähnliche Störungen länger bestehen bleiben, informieren Sie Ihren Therapeuten bzw. Arzt.

#### Für gesetzlich versicherte Patienten:

Sind Sie von der gesetzlichen Zuzahlung befreit?  ja;  nein

(Wenn ja, legen Sie uns bitte den aktuellen Befreiungsausweis vor!)

Sollten Sie nicht zuzahlungsbefreit sein, sind sie dazu angehalten, die bestehenden Rezeptkosten (10 € Rezeptgebühr + 10 % der jeweiligen Anwendung) bis zum 3. Termin zu begleichen.

Wurden Sie in den letzten 12 Wochen physiotherapeutisch behandelt?  ja;  nein

Für privat versicherte Patienten: Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja;  nein

#### Stornierung / Ausfallhonorarvereinbarung:

Da wir eine ausschließliche Terminpraxis sind, ist es dringend erforderlich, dass Sie nicht wahrnehmbare Termine mindestens 24 Stunden vorher absagen. Hierfür steht Ihnen auch unser Anrufbeantworter zur Verfügung. Bei kürzerer Stornierung oder Nichterscheinen stellen wir Ihnen für jeden nicht wahrgenommenen Termin ein pauschales Ausfallhonorar in Höhe von 25,00 € in Rechnung.

Zur Kenntnis genommen:

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/ Patientin)