

Selbstauskunftsbogen zur Therapie



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser kurze Fragebogen dient dazu, die Therapie effektiver zu machen und den administrativen Aufwand zu verringern. Durch die Beantwortung der standardisierten Fragen können unsere Therapeuten im Vorfeld Ihre Therapie besser vorbereiten.

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig und deutlich leserlich aus und bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit.

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Wie erreichen wir Sie am besten?

Mobilnummer: * _____

Emailadresse: * _____

Telefon Festnetz: * _____ Arbeit _____

Notfall-Kontakt: * _____

(Name, Telefonnummer)

Ich wünsche Terminbestätigungen per Email

Ja

Nein

Straße, Hausnummer * _____

PLZ, Stadt * _____

Beruf * _____

Überweisender Arzt * _____ Hausarzt _____

Krankenkasse * _____

Privatversicherung? *

Ja

***Besonderheiten / Pässe** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Diabetes

Bluthochdruck

Blutverdünner

Implantierter Defi oder Herzschrittmacher

Zustand nach Thrombose

***Pflichtfelder**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Schmerzmittel, Blutdruck, Herz, ...)?

Keine

Ja

Welche: _____

Sind Sie in den letzten 5 Jahren operiert worden? Wenn ja, wo und wann:

Nein, keine OP

Ja

Welche aktuellen Beschwerden haben Sie seit wann (in Stichworten)?

Haben Sie Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes, Osteoporose, Morbus Bechterew, Thrombose, ...)?

Treiben Sie regelmäßig Sport (z.B. 1 x / Woche Joggen, Gymnastik, Fitnessstudio, ...)?

Benötigen Sie im Alltag Hilfe (Hörgerät, Gehstock, Rollator, Pflege, ...)?

Hausordnung (Auszug):

Rezeptgebühren sind vor dem ersten Termin zu bezahlen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h vorher) werden Ihnen privat in Rechnung gestellt. Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein Handtuch sowie saubere Turnschuhe mit. Trinkwasser nur in Plastikflaschen. Es ist verboten, sofern Sie einen Termin im Kraftraum haben, allein zu beginnen – es ist immer auf den zuständigen Therapeuten zu warten. Therapeuten haben das Recht, Patienten bei Verdacht einer Grippe oder einer Magen-Darm-Entzündung, wieder nach Hause zu schicken.

Datum _____

Unterschrift Patient _____

Vielen Dank für Ihre Informationen.

