



## Fit mit Alex

### -Physiotherapie-

Alexandra Friede

Baumschulenstrasse 67  
12437 Berlin

Tel: 030/53 00 04 94

Fax: 030/53 00 04 95

info@praxis-fit-mit-alex.de

www.fit-mit-alex.de

## Anmelde- und Informationsbogen

### Liebe Patientin, lieber Patient,

nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten/innen ebenso wie Ärzte/innen zur Aufklärung verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Anmeldebogen nach. Er dient Ihrer und unserer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten die Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

Mit dem Ausfüllen dieses Bogens erleichtern Sie uns die Befundaufnahme. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patientenname, Vorname: \_\_\_\_\_ Telnr.: \_\_\_\_\_

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

Geb.: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Was für Medikamente nehmen Sie ein?

---

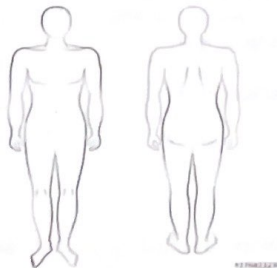
---

Welche Erkrankungen haben Sie?

---

---

Zeichnen Sie bitte die schmerzhaften Stellen auf dem Körperbild ein!



Wann haben Sie Schmerzen? Bitte ankreuzen!

Morgens      abends      nachts      im Laufe des Tages zunehmend      während der Arbeit

Gibt es etwas das gegen die Schmerzen hilft? \_\_\_\_\_

Wie lange können Sie am Stück laufen? \_\_\_\_\_

Was sollte das Ziel der Therapie sein? \_\_\_\_\_

Hat der behandelnde Arzt/Ärztin (bei vorliegendem Rezept) Sie über die Diagnose und die Therapie informiert?

Ja

Nein

Bringen Sie bitte vorhandene Vorbefunde zur ersten Behandlung mit.

In der Regel sind physiotherapeutische Massnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen aussergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Behandler/Behandlerin.

Die Behandlung **muss** spätestens 28 Tage nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Bei einer Behandlungsserie (Rezept) darf maximal für 14 Tage unterbrochen werden.

**Vereinbarte Behandlungstermine müssen rechtzeitig, 24h Stunden vorher, abgesagt werden.** Ansonsten müssen wir Ihnen den entstandenen Schaden privat in Höhe der ausgefallenen Behandlung in Rechnung stellen. Die Höhe liegt zwischen 21,00€-55,00€ (in Höhe der ausgefallenen Behandlung).

Gesetzlich versicherte Patienten/innen ab 18 Jahren haben -sofern sie nicht von Zuzahlungen befreit sind- eine Zuzahlung in Höhe von 10€ für die Verordnung zuzüglich 10% des Rezeptwertes an den/die Physiotherapeuten/in zu zahlen. Vollendet der/die Patient/in während der Behandlungsserie das 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10% Zuzahlung zu leisten. Der/die Physiotherapeut/in handelt diesbezüglich als Inkassostelle Ihrer Krankenkasse. **Die Zuzahlung muss bei der 1. Behandlung bezahlt werden, entsprechend gesetzlicher Vorgaben.**

Privat und/oder beihilfeversicherte Patienten/innen empfehlen wir, vorher bei Ihrer Kasse die Höhe der Kostenübernahme zu klären. Wir haben diesbezüglich eine Information für Sie vorbereitet.

Privat versicherte Patienten/innen müssen eine Honorarvereinbarung mit uns abschliessen, die wir Ihnen spätestens bei dem 1. Behandlungstermin vorlegen.

**Datenschutz:**

Sie gestatten der o.g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber der Praxisinhaberin. Nach §630f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weitergegeben werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten (email, Postadresse, Fax- und Handynummer) für an mich gerichtete Informationen (Terminbestätigung, Terminerinnerungen, Grüße) neben der Fit mit Alex-Physiotherapie- auch von den Dienstleistern iPrax GmbH&Co KG und Retarus AG nur für die oben genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

**Einwilligung:**

Ich habe die Informationen gelesen und verstanden. Ich willige in die Behandlung ein.

Berlin,

Patient

behandelnde/r Physiotherapeut/in