

# Fit mit Alex

-Physiotherapie-

Alexandra Friede

Baumschulenstrasse 67

12437 Berlin

Tel: 030/53 00 04 94

info@praxis-fit-mit-alex.de

www.fit-mit-alex.de

## Anmelde- und Informationsbogen

### Liebe Patientin, lieber Patient,

nach dem Patientenrechtsgesetz 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!

Name:	Vorname:	Geb.datum.:
Adresse:		
Telnr.:	email:	

1. Bitte zeichnen Sie grob Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben Sie diese kurz:

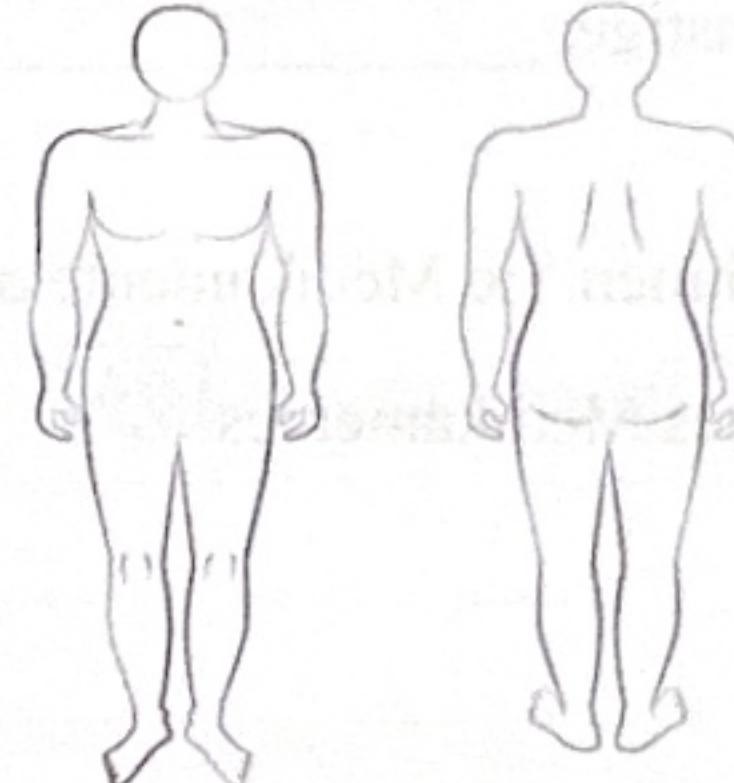
---

---

---

---

---



2. Bitte geben Sie auf der nebenstehenden Skala Ihre maximale Schmerzstärke der letzten 48 Stunden an.
3. Bitte geben Sie auf der nebenstehenden Skala an, wie stark Sie in den letzten zwei Wochen gestresst waren.
4. Treffen folgende Symptome auf Sie zu (bitte ankreuzen)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kribbeln

Taubheitsgefühle

Lähmungserscheinungen

Krämpfe

Seit wann haben Sie die Beschwerden:

5. Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen? Ja Nein
6. Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde? Ja Nein  
Kurze Beschreibung:
7. Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)? Ja Nein
8. Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe? Ja Nein
10. Haben Sie Nachtschmerzen? Ja Nein
11. Sind Ihre Beschwerden abhängig von Bewegung und/oder Haltung? Ja Nein

12. Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können, z.B. stützen, gehen, stehen, aufrichten? Welche? \_\_\_\_\_ Ja Nein
13. Haben Sie erhöhte Temperatur, Fieber oder Schüttelfrost? \_\_\_\_\_ Ja Nein
14. Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen? \_\_\_\_\_ Ja Nein
15. Leiden Sie unter Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_ Ja Nein
- Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_
16. Bemerken Sie Veränderungen wie z.B. Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen, erhöhte Müdigkeit, erhöhte Reizbarkeit an sich selbst? \_\_\_\_\_ Ja Nein
17. Leiden Sie unter folgenden Symptomen (bitte ankreuzen)?
- |           |          |           |
|-----------|----------|-----------|
| Schwindel | Übelkeit | Erbrechen |
|-----------|----------|-----------|
18. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme, Gangstörungen oder stürzen Sie manchmal? \_\_\_\_\_ Ja Nein
19. Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung? Falls ja, weshalb: \_\_\_\_\_
20. Sind bei Ihnen nachfolgende Erkrankungen bekannt (bitte ankreuzen):
- |                            |                         |                 |                         |       |
|----------------------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-------|
| Diabetes                   | Osteoporose             | Tuberkulose     | Störung der Schilddrüse | Krebs |
| Arteriosklerose            | Blutgerinnungsstörungen | Hormonstörungen |                         |       |
| neurologische Erkrankungen |                         |                 |                         |       |
- Sonstige: \_\_\_\_\_

21. Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein? \_\_\_\_\_ Ja Nein

Name des Medikamentes	Seit wann?	Menge

22. Haben Sie Veränderungen bei der Kontrolle von Blase und/oder Darm festgestellt? \_\_\_\_\_ Ja Nein
23. Kommt es zu plötzlichem oder fortschreitendem Kraftverlust in Armen oder Beinen? \_\_\_\_\_ Ja Nein
23. Konsumieren Sie Tabak? Wie oft? \_\_\_\_\_ Ja Nein
24. Hat der behandelnde Arzt/Ärztin (bei vorliegendem Rezept) Sie über die Diagnose und die Therapie informiert? \_\_\_\_\_ Ja Nein
25. Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden mitteilen möchten?

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.



## Fit mit Alex

### -Physiotherapie-

Alexandra Friede  
Baumschulenstrasse 67  
12437 Berlin

Tel: 030/53 00 04 94

info@praxis-fit-mit-alex.de  
www.fit-mit-alex.de

Die Behandlung muss spätestens 28 Tage nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden.

**Vereinbarte Behandlungstermine müssen rechtzeitig, 24h Stunden vorher, abgesagt werden.** Ansonsten muss ich Ihnen den entstandenen Schaden privat in Höhe der ausgefallenen Behandlung in Rechnung stellen. Die Kosten liegen zwischen 30,00-55,00€. Sollte es Ihnen leider entgehen unsere Rechnungen und Zahlungserinnerungen umzusetzen, werde ich ein Inkassounternehmen bitten meine Forderungen umzusetzen. Ich bitte für diese Vorgehensweise um Ihr Verständnis.

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, Ausnahme hier die Blankoverordnung.**

Privat und/oder beihilfeversicherte Patienten/innen empfehle ich, vorher bei Ihrer Kasse die Höhe der Kostenübernahme zu klären. Ich habe diesbezüglich eine Information für Sie vorbereitet.  
Privat versicherte Patienten/innen müssen eine Honorarvereinbarung mit mir abschliessen, die ich Ihnen spätestens bei dem 1. Behandlungstermin vorlegen werde.

### 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, das 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