

# ANMELDEBOGEN

Praxis Gradwohl Bahnhofstr.7 85354 Freising ☎ 08161-1 222 1

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy

\_\_\_\_\_  
e-mail

Sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben, Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt. Diese dienen zur besseren individuellen Planbarkeit Ihrer Therapie.

## 1. Was ist der Grund Ihres Besuches bei uns ?

\_\_\_\_\_

## 2. Welche Beschwerden haben Sie und wie stark sind diese auf Ihrer persönlichen Schmerz- Skala (0 -10) ?

- Wirbelsäule/Becken  Hüfte  Kopf  Schulter  Ellbogen  Knie  Handgelenk  Sprunggelenk  
 Muskulatur/Gewebe  Nerven  Kreislauf  0=kein Schmerz  
 10=sehr starker Schmerz  mein Schmerz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3. Wann treten die Beschwerden auf ?

- bei Aktivität  in Ruhe  Sitzen  Stehen  Liegen  Gehen  am Arbeitsplatz  in der Freizeit

\_\_\_\_\_

## 4. Seit wann haben Sie die Beschwerden ?

- akut  seit 1 Woche  seit 2 Wochen  seit 6 Wochen  schubweise  chronisch

\_\_\_\_\_

## 5. Was wurde bisher gegen die Beschwerden unternommen und wie haben diese Maßnahmen gewirkt ?

- Medikamente \_\_\_\_\_  
 Operationen \_\_\_\_\_  
 Therapien \_\_\_\_\_

## 6. Leiden Sie an chronischen und/oder schweren Krankheiten, wenn ja, welche und seit wann ?

Nein

Ja \_\_\_\_\_

7. Haben Sie sich Operationen unterziehen müssen , wenn ja welche und wann?

Nein

Ja \_\_\_\_\_

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche und wogegen ?

Nein

Ja \_\_\_\_\_

### **Aufklärung über Risiken**

Wir müssen Sie darauf aufmerksam machen, dass jede Intervention an körperlichen Geweben Begleitreaktionen bei Ihnen auslösen können (Rötung, lokale Schwellung, Schmerz, Überreizung im Sinne eines „muskelkaterähnlichen Gefühls“, Ausstrahlungen). Diese sind erfahrungsgemäß nur vorübergehend und reversibel und gefährden das Ziel der Besserung Ihrer Symptomatik nicht. Andernfalls wird eine ärztliche Abklärung angeraten

### **Für Selbstzahler und privat versicherte Kunden**

Ich erkenne die zum Zeitpunkt der Behandlungsdurchführung in der Praxis ausgehängte Preisliste an

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich erkläre, dass ich über die Risiken informiert wurde und eine physiotherapeutische Behandlung wünsche, sowie auf eine gesonderte Aufklärung des Physiotherapeuten im Sinne von § 630e Abs.3 BGB verzichte

### **Für Ersatzkassen-Versicherte**

Ich willig ausdrücklich in die vom Arzt verordnete physiotherapeutische Behandlung ein und verzichte ausdrücklich auf eine gesonderte Aufklärung des Physiotherapeuten im Sinne von § 630e Abs. 3 BGB. Über mögliche Risiken wurde ich informiert

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Unser Ziel ist es, Sie so umfangreich und intensiv wie möglich zu betreuen, um Ihre Beschwerden zu verbessern. Soweit es uns möglich ist, erweitern wir unser Zeitangebot für Ihre Behandlung um ca. 5 bis 10 Minuten über die von den Kassen in der Regel geplanten 15 Minuten Behandlungszeit (inklusive aller dazu nötigen Arbeiten) hinaus. Wir gehen davon aus, dass dies auch in Ihrem Sinn ist.**