



## **Aufnahmebogen** zur physiotherapeutischen Behandlung

Herzlich Willkommen!

### **Liebe Patienten,**

meine Kollegen und Ich freuen uns, Sie in der Praxis Therapiezentrum Barsinghausen begrüßen zu dürfen und wünschen Ihnen baldige Genesung.

Durch verschiedene gesetzliche Regelungen sind wir verpflichtet, Sie auf einige Punkte hinzuweisen. Bitte beachten Sie hierzu die Seite „Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung“.

Falls Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben sprechen Sie uns einfach an.

Wir kümmern uns darum.

Ihr Team des Therapiezentrum Barsinghausen GmbH

### **Meine Daten**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
Telefonnummer ( Festnetz, Mobil, Arbeit)	Versicherung (bitte einkreisen) Gesetzlich    Privat    Selbstzahler
E-Mail	Ausgeübter Beruf
Überweisender Arzt	Diagnose

Wie sind Sie auf die Praxis Therapiezentrum Barsinghausen **aufmerksam geworden?**

Arzt    Familie    Freunde/Bekannte    Arbeitskollegen    Telefonbuch    Internet

### **Für Kassenpatienten:**

Ich bin zuzahlungsbefreit ( Bitte Ausweis vorlegen)

Ich bin nicht zuzahlungsbefreit

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten und habe die „Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung“ auf dem Beiblatt/ Rückseite zur Kenntnis genommen.

Ort/ Datum

Unterschrift



Therapiezentrum Barsinghausen GmbH - Marktstr. 32 - 30890 Barsinghausen  
Telefon: 05105 / 65246 - Fax 05105 / 51 52 96  
Email: [tzbarsinghausen@gmail.com](mailto:tzbarsinghausen@gmail.com). - Internet: [www.therapiezentrum-barsinghausen.de](http://www.therapiezentrum-barsinghausen.de)



## **Aufklärung** zur physiotherapeutischen Behandlung

### **Das sollten Sie wissen!**

**Massage on top** Sie möchten sich direkt im Anschluss an Ihre Behandlung noch eine kurze Entspannungsmassage gönnen? Oder vor der Behandlung in einer Fango liegen? Sie erhalten bei uns auf Wunsch eine Massage on top (10min) oder Wärmeanwendungen (20min) für jeweils 10.00 Euro. Bitte melden Sie dies rechtzeitig an der Rezeptionen.

**Zuzahlung** (nur für gesetzlich versicherter Patienten) Gemäß den §§ 32,43c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlung beträgt 10% der Kosten (=Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleistete Zuzahlung erhalten Sie von uns eine Quittung. Falls Sie einen Befreiungsausweis haben, legen Sie diesen doch bei der ersten Behandlung vor.

**Terminorganisation** Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, wird Ihnen der Termin in Rechnung gestellt (z.b. Krankengymnastik = 26,12€, Manuelle Therapie = 31,37€, MLD = zb. 30 min - 31,71 €).

**Abrechnung** Kassenärztliche Heilmittelverordnungen und BG-Verordnungen rechnen wir direkt mit Ihrer Krankenkasse bzw. Berufsgenossenschaft ab. Die Behandlung, die aufgrund privatärztlicher Verordnung erfolgen, rechnen wir direkt gegenüber dem Privatpatienten nach den vereinbarten Honorarsätzen ab, welche Sie von uns an der Rezeption oder auf der Homepage erhalten. Behandlungen, die ohne ärztliche Verordnung in Anspruch genommen werden, rechnen wir ebenfalls mit dem Patienten ab.

**Behandlungsrelevante Daten** Wir sind bemüht, Sie umfassend und optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir alle behandlungsrelevanten Details von Ihnen. **Um Zeit zu sparen füllen Sie bitte den beiliegenden Anamnesebogen aus.** Gerne können Sie uns hierzu vorhandene Arztberichte und -befunde vorab per Mail ([tzbarsinghausen@gmail.com](mailto:tzbarsinghausen@gmail.com)) zusenden oder zum Behandlungsbeginn mitbringen.

**Datenschutz** im Rahmen der Behandlung in unserer therapeutischen Praxis können Sie alle Fragen hinsichtlich Ihrer gesundheitlichen Situation mit ausgebildeten Therapeuten besprechen. Die Informationen, die Sie dabei über Sie machen, behandeln wir selbstverständlich vertraulich und geben Sie in keinem Fall an unberechtigte Dritte weiter. Alle Personen unserer Praxis, die mit ihrer Betreuung befasst sind, unterliegen außerdem der gesetzlichen Schweigepflicht. Damit wir Sie jederzeit optimal betreuen können, erfassen wir Ihre persönlichen Angaben sowie den Behandlungs- und Therapieverlauf elektronisch mit der Software MediFox Therapie. Diese nutzen wir auch zur späteren Abrechnung mit den Kostenträgern. MediFox Therapie wird von der MediFox GmbH (Junkersstraße 1, 31137 Hildesheim) entwickelt und vertrieben. Die eingegeben Daten werden auf einem von CSN AG (Taubental 25, 41468 Neuss) betriebenen Cloudserver in Deutschland gespeichert. Die Mitarbeiter der MediFox GmbH und der CSN AG haben nicht das Recht, Ihr Daten einzusehen. Es besteht jedoch eine theoretische Zugriffsmöglichkeit im Rahmen der elektronischen Wartungs-, Konfiguration oder Reparaturarbeiten an Hard- und Software. Daten, die im Rahmen der elektronischen Medienverwaltung gespeichert werden, werden auf Servern der Microsoft Cloud Deutschland gespeichert. Diese Server werden von der T-Systems international GmbH betrieben. Die T-Systems International GmbH, eine Tochtergesellschaft der Deutschen Telekom und ein deutsches Unternehmen mit Sitz in Deutschland, agiert als Datentreuhänder. Wir benötigen daher zur rechtlichen Absicherung Ihr schriftliches Einverständnis zur Dateneingabe in die Software MediFox Therapie und möchten Sie bitten, diese Erklärung zu unterschreiben.



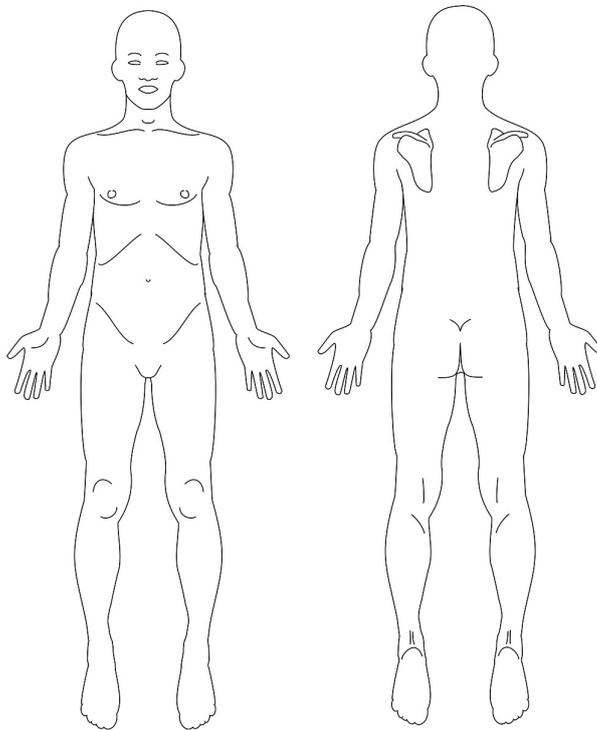
## Anamnesebogen zur physiotherapeutischen Behandlung

### Das sollten Wir wissen!

**Sehr geehrter Patientin, sehr geehrter Patient,**

Es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln, Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

1.) **Wo** haben Sie ihre Beschwerden ( bitte einzeichnen)?:



2.) Haben Sie ausstrahlende **Schmerzen** (Brennen, Kribbeln, Taubheit,...)?

Ja  Nein

3.) Was sind ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? \_\_\_\_\_

4.) **Wie lange** haben Sie Ihre Beschwerden schon? \_\_\_\_\_

5.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): permanent / mit Unterbrechung / Nachts/ bei Bewegung

6.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall etc.)?

Ja  Nein

7.) Was **verbessert** ( bitte einkreisen) bzw. was **verschlechtert** ( bitte unterstreichen) ihre Beschwerden?  
Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben,  
Tragen, Überkopfarbeit, Hand auf den Rücken nehmen, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags,  
abends, nachts, sonstiges: \_\_\_\_\_

8.) Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell (bitte einkreisen) und maximal (bitte unterstreichen)?:

(kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)

9.) Leiden Sie unter (bitte unterstreichen)

**Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe?**

10.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder **Krebserkrankungen**? Ja  Nein

11.) Nehmen Sie **Medikamente** (bitte unterstreichen) Kortison, Blutverdünner, Betablocker, Insulin, Antidepressiva, Schmerzmittel oder Sonstige?

12.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/ oder **Operationen**? Ja  Nein

13.) Weist Ihr **Schmerz** eines der **folgenden Merkmale** auf?

Brennen Ja  Nein

Gefühl der schmerzhaften Kälte Ja  Nein

Elektrische Schläge Ja  Nein

14.) Treten folgende **Symptome** mit den **Schmerzen im gleichen Körperbereich** auf?

Kribbeln Ja  Nein

Pieksen Ja  Nein

Taubheitsgefühl Ja  Nein

Juckreiz Ja  Nein

15.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? (Bitte einkreisen)  
Röntgen - Computer-/Kernspintomographie - Spritze - Massage - Physiotherapie - Training -  
Anderes

16.) Rauchen Sie \_\_\_\_\_ Zigaretten / Tag? Ja  Nein

17.) Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja  Nein

18.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? \_\_\_\_\_

Sämtliche Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und korrekt angegeben.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_



Therapiezentrum Barsinghausen GmbH - Marktstr. 32 - 30890 Barsinghausen  
Telefon: 05105 / 65246 - Fax 05105 / 51 52 96  
Email: [tzbarsinghausen@gmail.com](mailto:tzbarsinghausen@gmail.com). - Internet: [www.therapiezentrum-barsinghausen.de](http://www.therapiezentrum-barsinghausen.de)