

Ingolstädter Straße 26 a, 86633 Neuburg
Tel.: 08431-507790

Behandlungsvertrag

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen durch und beantworten Sie diese ganz spontan. Fragen bei denen die Antwortmöglichkeiten in Klammern () stehen, bitte diese einkreisen oder unterstreichen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergeleitet.

Name, Vorname: Geschlecht:

Straße, Hausnummer:

PLZ: Wohnort:

Geburtsdatum: versichert bei:

mitversichert bei:

Beruf: Freizeit/Sport:

Hausarzt: Facharzt:

Telefonnummer: HandyNr.:

E-Mail:

Organisatorisches:

Bitte nehmen Sie zu Ihrer ersten Behandlung diesen Fragebogen, vorhandene Befunde (auch Labor) und radiologische Bilder (Röntgen, CT, MRT) mit.

Das Badetuch (als Unterlage) bitte nicht vergessen.

Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, sind bis spätestens 1 Arbeitstag vor dem Behandlungstermin telefonisch abzusagen. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.

Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bin informiert über die Datenschutzrechtslage und erteile für den Fall fehlender Rechtsgrundlagen meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten im Zusammenhang mit der Behandlung ausdrücklich und freiwillig.

Datum:

gez.:

Aufklärung:

Im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung kommen – abhängig vom individuellen Befund – aktive und passive Maßnahmen zum Einsatz. Dazu gehören insbesondere Krankengymnastik, Manuelle Therapie, physikalische Anwendungen sowie gegebenenfalls gerätegestütztes Training.

Ziel der Behandlung ist die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit, die Linderung von Schmerzen sowie die Förderung von Stabilität, Kraft und Koordination.

Wie bei jeder therapeutischen Maßnahme kann es auch bei der Physiotherapie zu vorübergehenden Reaktionen kommen. Dazu zählen insbesondere:

- kurzfristige Symptomverstärkung
- Muskelkater oder Druckempfindlichkeit
- Müdigkeit
- Kopfschmerzen oder leichter Schwindel
- kurzfristige Kreislaufreaktionen

Diese Reaktionen sind in der Regel vorübergehend und klingen meist innerhalb von 24–48 Stunden ab.

Schwerwiegende Komplikationen sind bei fachgerecht durchgeführter Behandlung äußerst selten. Bei speziellen manualtherapeutischen Techniken an der Wirbelsäule kann es in sehr seltenen Ausnahmefällen – insbesondere bei bestehenden Risikofaktoren – zu ernsthaften Komplikationen kommen.

Bestimmte Erkrankungen (z. B. akute Entzündungen, frische Frakturen, Thrombosen, Tumorerkrankungen, fieberhafte Infekte oder schwere neurologische Störungen) können eine Behandlung einschränken oder ausschließen. Daher ist es wichtig, dass alle relevanten Vorerkrankungen, Operationen, Schwangerschaften, Implantate sowie die Einnahme von Medikamenten vor Behandlungsbeginn mitgeteilt werden.

Bei Fragen zur Behandlung oder zu möglichen Risiken sprechen Sie uns jederzeit gerne an.

Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:

☐ Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich mündlich durch gemäß obigen Text über die Untersuchung und Behandlung mittels Physiotherapie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. **Ich wünsche die Behandlung mittels Physiopathie.** Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. den Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen.

☐ Ich verzichte auf die Aufklärung und wünsche die Behandlung mittels Physiotherapie.

Hiermit erkläre ich mich mit den o. g. Bedingungen einverstanden.

Datum:

gez.:

Anamnesebogen

1. Chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Epilepsie, Herzerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Osteoporose, u.s.w.)?

2. Medikamente (Herztabletten, Blutverdünner, Marcumar, u.s.w.)?

3. Was sind Ihre Beschwerden? Seit wann haben Sie diese?

	Seit:	
	Seit:	
	Seit:	

4. Schwitzen Sie nachts?

5. Haben Sie zu- / abgenommen?

Wie viel / in welchem Zeitraum? kg /

6. Hatten Sie schon Operationen?

Was?		Wann?	
Was?		Wann?	
Was?		Wann?	

7. Unfälle?

Was?		Wann?	
Was?		Wann?	
Was?		Wann?	

8. Haben Sie Allergien? Welche?

--

9. Wie geht es Ihren Organen (Herz, Magen, Leber, Galle, Milz, Dünndarm, Dickdarm, Geschlechtsorganen, Blase, Lunge, Bauchspeicheldrüse)?

10. Besteht eine erbliche Vorbelastung (Diabetes mellitus, Tumore, rheumatische Erkrankungen, Herzerkrankungen, u.s.w.)? Welche?

11. Frauen:

Haben Sie Kinder?

Wieviele?

Kaiserschnitt(e)?

Wieviele?

Dammschnitt(e)?

Wieviele?

Nehmen Sie die Pille?

Spirale?

Zyklusbeschwerden?

Blasensenkung?

Gebärmuttersenkung?

12. Männer:

Prostatabeschwerden?

13. Haben Sie Sensibilitätsstörungen (eingeschlafene Hände/Arme oder Füße/Beine, Brennen der Hände/Arme oder Füße/Beine, u.s.w.)? Welche?

14. Leiden Sie unter Kraftlosigkeit (Hände, Beine, Stolpern, Wegsacken der Beine, u.s.w.)? Welcher Art?

15. Haben Sie manchmal Beschwerden wie: Kopfschmerzen, Schwindel, Sehstörungen, Übelkeit? Welche?

--