

Medicore Praxis für Physiotherapie

Rafael Pilch - Sportphysiotherapeut, Heilpraktiker, Osteopath

D.O.T. (DGOM e.V.)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. **Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden an Dritte nicht weitergegeben.** Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Bitte geben Sie uns folgende Daten zur Patientenverwaltung an:

Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Name:.....

Anschrift:.....

PLZ:..... Ort:.....

Beruf:.....

Telefon: privat..... mobil/Arbeit:.....

E-Mail (optional):

Wie sind Sie versichert?

gesetzlich: privat:.....

Beihilfe berechtigt:

Ich werde hiermit informiert, dass alle personenbezogenen Daten und Angaben, die zur Abrechnung oder Leistung der Therapeuten erforderlich sind, unzugänglich für Dritte in der Praxis gespeichert werden können. Sie unterliegen der Schweigepflicht und werden auf schriftlichen Widerruf gelöscht.

Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

Haben Sie **Schmerzen**?

ja nein

Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert?

ja nein

Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelercheinungen / Taubheit)?

ja nein

Haben Sie einen **Kraftverlust**?

ja nein

Wie lange haben Sie Ihre **Beschwerden** bereits?

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

Was **verbessert** Ihre Beschwerden?

Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden?

Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**?

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

Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**?

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

Sind Ihre Beschwerden: **gleich** bleibend / **besser** werdend / **verschlechternd**

Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**

ja nein

Haben Sie **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen**?

ja nein

Sind Sie **schwanger**?

ja nein

Haben Sie **Kopfschmerzen**?

ja nein

Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** oder **Schluckstörungen**? ja nein

Wenn ja, welche:

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose, Hepatitis B**? ja nein

Wenn ja, welche:

Haben Sie **Probleme mit den inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung, Inkontinenz etc.)**? ja nein

Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja nein

Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? (Herz, Blutdruck, Hormone, Schmerzmittel etc.) ja nein

Wenn ja, welche:

Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja nein

Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja nein

Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein

Hatten Sie bereits größere **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein

Wenn ja, welche:

Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt?

Was sind Ihre **Ziele** und **Erwartungen** an die Therapie?

Wenn Sie uns per Online-Anamneseformular kontaktieren oder dieses Formular downloaden und zu Ihrem Termin ausgefüllt mitbringen, werden alle Ihre Angaben, inklusive der von Ihnen dort angegebenen Kontaktdaten zwecks Bearbeitung Ihrer Anfrage und für den Fall Ihrer Behandlung, bei uns gespeichert. Diese Angaben sind **rein freiwillig** und unterliegen der **gesetzlichen / therapeutischen Schweigepflicht**. Sie werden ohne Ihre Einwilligung nicht an Dritte weitergegeben. Mit Versenden oder Abgabe des Formulars geben Sie dazu Ihr Einverständnis ab, welches Sie jederzeit und in der Zukunft widerrufen können.

Erfahren Sie dazu mehr online in [unseren Datenschutzrichtlinien](#).

BITTE BEACHTEN SIE:

Vereinbarte Termine müssen verbindlich bis zu 24 Stunden vor Beginn Ihrer Anwendung abgesagt werden. Diese werden kostenlos storniert. **Nicht** fristgemäß abgesagte und unentschuldigte Termine werden mir privat in Höhe als Ausfallgebühr (25,- Euro Physiotherapie & 60,- Euro Heilpraxis) in Rechnung gestellt. Ausnahmen hierfür stellen **akute Erkrankungen, ein Unfall oder ein Trauerfall** dar.

Datum.....

Unterschrift.....

