

# Anamnesebogen

Name, Vorname:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Geburtsdatum:

Beruf.:

Mail:

Tel.-Nr.:

Krankenkasse:

Firmenfitness:

Hansefit

Urban Sports Club

Egym Wellpass

1. Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?

---

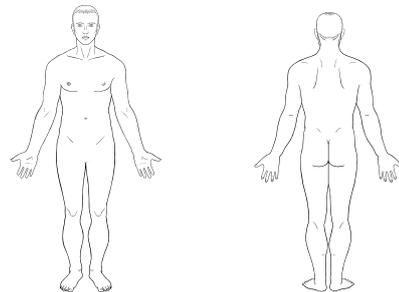
---

2. Was verändert die Beschwerden (sowohl positiv als auch negativ)?

---

---

3. Kreisen Sie bitte Ihre Schmerzpunkte ein!



4. Welche Therapien hatten Sie bisher? Welche davon waren erfolgreich?

---

---

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

---

6. Hatten Sie bisher Operationen in ihrem Leben? (z.B. auch Zahnop/ Unfälle/ Traumata) Wenn ja, welche?

---

---



Bitte wenden!

**7. Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?**

- Herzerkrankung
  - Schlaganfall
  - Blutgerinnungsstörung
  - Herzschrittmacher/Defibrillator
  - Bypass/Stent
  - Bluthochdruck
  - Schilddrüsenerkrankung
  - Migräne
  - Atemwegserkrankung: \_\_\_\_\_
  - Bandscheibenvorfall Höhe: \_\_\_\_\_
  - Sonstige; \_\_\_\_\_
- Osteoporose
  - Skoliose
  - Multiple Sklerose
  - Rheuma
  - Diabetes Typ I
  - Diabetes Typ II

**8. Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen Sport und wie häufig?**

---

---

**9. Was wollen Sie im Alltag wieder können, was aufgrund der aktuellen Beschwerden nicht möglich ist?**

---

---

Hiermit bestätige ich das gewissenhafte Ausfüllen des Anamnesebogens.

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

---

Ggf. vom Therapeuten auszufüllen:	KG-Aktiv: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
• Blutdruck/Puls:	LHB/BVB: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
• Sauerstoffsättigung:	Kurszeiten:
• Empfehlung:	<input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr _____ : _____ Uhr
	<input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr _____ : _____ Uhr

# Behandlungsvertrag Akupunktur



Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Ort	Handynummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Der **Vergütungssatz** beträgt je Behandlungseinheit:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2. Heilpraktikerrechnung

Sie erhalten über die oben genannten Leistungen eine Heilpraktiker-Rechnung, die sich aus folgenden Ziffern des GebüH zusammensetzt:

### - Ersttermin:

1.	Untersuchung	20,00 €
3.	Kurze Information	4,50 €
4.	Eingehende Beratung	22,00 €
20.8.	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	8,00 €
21.1.	Akupunktur	24,50 €
27.3.	Setzen von Schröpfköpfen	7,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen	8,00 €

## - Folgetermine:

3.	Kurze Informationen	4,50 €
5.	Beratung, auch mittels Fernsprecher	8,00 €
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	8,00 €
21.1	Akupunktur	24,50 €

### 3. Terminregelung

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, haben Sie die Chance den **Termin 24 Stunden vorher kostenlos abzusagen**, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können (Info auf Anrufbeantworter ebenfalls möglich). Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine einzuhaltende Pflicht. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden.

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden selbstverständlich in Abzug gebracht.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigen Grund gemäß § 626 BGB bleibt bestehen.

### 4. Datenschutzerklärung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung des Behandlungsvertrages notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis EDV gespeichert werden. Die Daten werden nicht an dritte weitergegeben.

### 5. Allgemeine Hinweise

Zu den Terminen bringen Sie bitte ein **großes und ein kleines Handtuch** mit. Bei Versäumen dieses Hinweises stellen wir Ihnen gegen eine Leihgebühr von 1,00 € ein Handtuch zur Verfügung.

Keine unserer Leistungen stellt ein Heilversprechen dar. Es kann keine Erfolgsgarantie gewährt werden, d.h. für das Nicht-Eintreten der gewünschten Wirkung wird keine Haftung übernommen.

Änderungen sind vorbehalten.

Die Unfallversicherung des Betriebs ist die BG Wohlfahrt und Pflege.

### 6. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrags ist mir auf Wunsch ausgehändigt worden.

---

Datum

Unterschrift Patientin / Patient / gesetzlicher Vertreter

Dieser Vertrag wird mit folgendem Vertragspartner eingegangen:

FIN Gesundheitszentrum GmbH & Co. KG, Celler Straße 4, 29525 Uelzen | Bahnhofstraße 48, 29576 Suderburg

FIN Physio GmbH, Timelostraße 8b, 21407 Deutsch Evern