Anamnesebogen

Name, Vorname:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Geburtsdatum: Beruf.:

Mail: Tel.-Nr.:

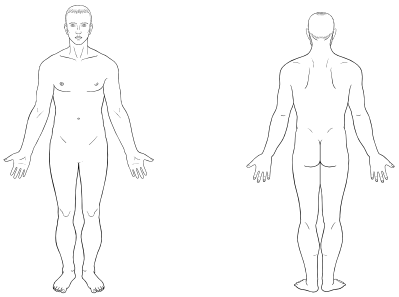
Krankenkasse:

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:

- **Blutdruck/Puls:**
- **Sauerstoffsättigung:**
- **Empfehlung:**

KG-Aktiv: ○ ja ○ nein

LHB/BVB: ○ ja ○ nein

Kurszeiten:

Mo Di Mi Do Fr ____ : ___ Uhr

Mo Di Mi Do Fr ____ : ___ Uhr

Behandlungsvertrag Physiotherapie

Fit im Norden

Name	Geburtsdatum

Straße, Ort	Handynummer

Telefonnummer	E-Mail-Adresse

☐zuzahlungspflichtig ☐zuzahlungsfrei

1. Abrechnung
Die Abrechnung erfolgt nach den mit Ihrer Krankenkasse/Rentenversicherung vertraglich vereinbarten Sätzen.
Wenn keine entsprechende Verordnung bei dem 2. Termin vorliegt, müssen wir Ihnen die bereits stattgefundenen Termine privat in Rechnung stellen.

2. Zuzahlung
Nach § 32 SGB V sind Versicherte bei gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, eine Zuzahlung zu den Behandlungskosten zu leisten, welche sich zusammensetzt aus **10 % der Behandlungskosten und 10 € Verordnungsgebühr**. Als Grundlage für die Berechnung gelten die jeweils aktuellen Kassensätze. Der genaue Betrag wird in der Quittung ausgewiesen. Die Beträge werden mit der ersten Behandlung fällig.

Bei einer **Blankoverordnung** kann sich im Verlauf die Art und Anzahl der Behandlungen ändern und somit variiert auch die Höhe der **Zuzahlung**.
Erst nach Abschluss aller Behandlungstermine steht die endgültige Höhe der Zuzahlung fest.
Die Zuzahlung beträgt voraussichtlich zwischen 60,00 € und 80,00 € und kann sich bei steigender Anzahl an Terminen (<18) weiter erhöhen.
Bei zu viel entrichteter Zuzahlung haben Sie einen Anspruch auf Erstattung, z.B wenn nicht alle Behandlungen stattfinden. Sie erhalten dann den zu viel bezahlten Betrag zurück.

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.

Sofern Sie gesetzlich versichert sind, stellen wir Ihnen den Betrag in Rechnung, den wir von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse im Falle der Durchführung der Behandlung erhalten hätten. Die Preise für Heilmittel, die gesetzliche Krankenkassen zahlen, entnehmen Sie bitte der jeweiligen Vergütungsvereinbarung, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und uns abgeschlossen worden ist. Gern können Sie diese auch bei uns einsehen.

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.
Sollte die gesetzliche Gültigkeit der Verordnung erlöschen, wird die Verordnung beendet und die erbrachten Leistungen abrechnet.

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.
Wir bieten den Service einer Aufbewahrung für Trainingspläne an. Hier haben auch andere Patienten bzw. Mitglieder die Möglichkeit Pläne einzusehen. Wenn Sie dies nicht erwünschen, tragen Sie bitte selbst die Sorge für Ihren Plan und legen diesen nicht in die dafür vorgesehenen Ablagen.

5. Geltung dieser Vertragsbedingungen
Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrags gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche und privatärztliche Verordnungen), die Sie der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (Heilpraktikerleistungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

6. Patientenaufklärung
Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden. ☐Ja ☐Nein

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

7. 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.In einigen Fällen kann es im Anschluss an die Behandlung zu Erstverschlechterungen (moderat verstärkte oder veränderte Schmerzsymptomatik, veränderte Schmerzlokalisation, wandernde Schmerzen…) kommen, welche bis zu drei Tagen andauern können.
Sollten Beschwerden entstehen die darüber hinaus gehen melden sie sich bitte umgehend bei uns.
T-RENA Nachsorge: Die vorgegebenen Fristen der Rentenversicherung sind einzuhalten, anderenfalls muss die Verordnung abgerechnet werden. Der Versicherte kann bei 3-maligem unentschuldigtem Fehlen, bei mangelnder Trainingsmotivation oder bei Fehlverhalten vom Leistungserbringer vorzeitig vom Training ausgeschlossen werden.

8. 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 I Bahnhofstraße 48, 29576 Suderburg

☐ FiN Physio GmbH, Timelostraße 8b, 21407 Deutsch Evern