

Behandlungsvertrag

Dirk Marz – Privatpraxis für Physiotherapie
Bredower Str. 26
14612 Falkensee



Persönliche Angaben

Name / Vorname des Rechnungsempfängers

Name / Vorname der zu behandelnden Person (falls abweichend)

Geburtsdatum

Telefon

PLZ / Ort

Straße, Nummer

Email

Preise

Pro Behandlung werden Ihnen je nach
verordnetem Heilmittel die unten aufgeführte
Preise in Rechnung gestellt:

Manuelle Therapie	39,60 €
Krankengymnastik	35,24 €
Klassische Massage	24,03 €
Fango / Wärmetherapie	17,95 €
Ultraschall	15,88 €
Lymphdrainage Teilbehandlung	38,59 €
Lymphdrainage Großbeh.	56,54 €
Lymphdrainage Ganzbeh.	84,38 €
Eingehende Untersuchung (HP)	16,40 €
Eingehende Beratung (HP)	19,95 €
Osteopathie	75,00 €

Hinweise zur Kostenerstattung

Physiotherapeuten sind in Ihrer Preisgestaltung
frei. Meine Preise liegen im Bereich des vom
OLG Karlsruhe für angemessen befundenen
Sätze. Bei den physiotherapeutischen Heilmitteln
berechne ich den 1,8 fachen Satz der VdEK
Sätze.

Diese Vereinbarung ist auch gültig, wenn eine
Erstattung der Vergütung nicht oder nicht in
voller Höhe gewährleistet ist.

Terminabsagen

Ich bitte darum, Terminabsagen spätestens 24
Stunden vor dem Termin vorzunehmen.

Andernfalls bin ich berechtigt, den Termin in
voller Höhe in Rechnung zu stellen.

Patient/in und Rechnungsempfänger stimmen allen Bestimmungen dieses Vertrages zu.

Falkensee,

Datum

Unterschrift Patient/in

Rechnungsempfänger



Aufnahmebogen

Vorname und Name

Geburtstag

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte

Werbung / Zeitschrift

Google

Sonstige

Allgemeine Fragen

1. Arbeiten Sie zur Zeit? Tätigkeit? Wenn nicht, was ist Ihr Beruf (auch Hausfrau)?

2. Haben Sie sportliche Betätigungen? Welcher Art? Wie oft?

3. Sind Sie regelmäßig in ärztlicher Behandlung ?

Hausarzt

Zahnarzt

Orthopäde

Psychologe/Psychotherapeut

Osteopath

Sonstige, Welche?

4. Haben Sie Vorerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Osteoporose, Tumor, Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, Allergien)?

5. Haben Sie sonstige Beschwerden? (Verdauung, Lunge, HNO, Urogenital, Schilddrüse...)?

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? Sind diese ärztlich verordnet?

7. Hatten Sie in Ihrer Kindheit eine schwere Erkrankung, gab es Probleme bei Ihrer Geburt?

8. Für Frauen: haben Sie Kinder geboren? Wie viele? Gab es Probleme (z.B. Kaiserschnitt, Ischias...)?

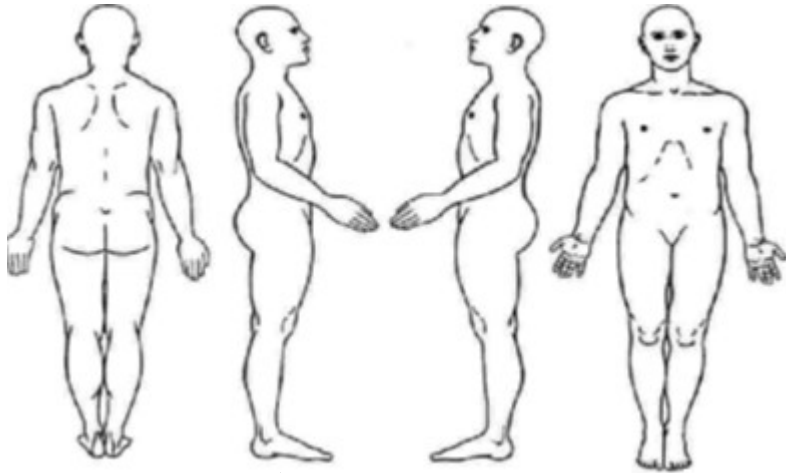
9. Hatten Sie Unfälle (z.B. Sturz auf Gesäß, Umknicken, heftig aufgeschlagen o.ä., Autounfall)? Wann? Folgen?

10. Hatten Sie operative Eingriffe (auch Weisheitszahn-OPs)? Wann? Welcher Art?



Jetzige Beschwerden

1. Welche Beschwerden haben Sie zu mir geführt?
Zeichnen Sie bitte in der Skizze ein, wo Sie überall Schmerzen haben.



Ein (X) für den Schmerz / Ein ▲ in Richtung der Ausstrahlung

2. Wann haben die Beschwerden begonnen, gab es einen Auslöser?
3. Haben sich die Schmerzen/Beschwerden mit der Zeit verändert, sind sie gewandert?
4. Ändern sich die Beschwerden im Laufe des Tages (z.B. zum Abend hin stärker)?
5. In welcher Körperhaltung (z.B. beim Schlafen, Sitzen, Gehen) sind die Beschwerden am schlimmsten?
6. In welcher Körperhaltung haben Sie weniger oder keine Probleme?
7. Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz (z.B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Schlafstörungen, Gewichtsverlust o.ä.)?
8. Schmerzqualität: Beschreiben Sie kurz Ihre Schmerzen (z.B. scharf, brennend, oberflächlich, krampfartig, wellenförmig, wechselhaft, einschießend, bohrend...)
9. Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



10. Leiden Sie unter seelischen Belastungen (z.B. Stress, Konflikte, Trauer)?

11. Hatten Sie Vorbehandlungen (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Einrenken, Kur...)?

12. Hatten Sie Voruntersuchungen, wie Facharztbesuche (z.B. neurologisch, internistisch, urologisch, orthopädisch, gynäkologisch ...), Röntgen, Kernspintomografie o.ä.? Welche Ergebnisse gab es?

13. Das wollen Sie erreichen (Behandlungsziel)?

Datum, Ort	Unterschrift