

Name, Vorname

Geb. datum:

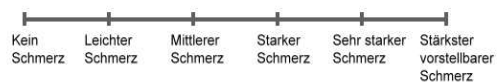
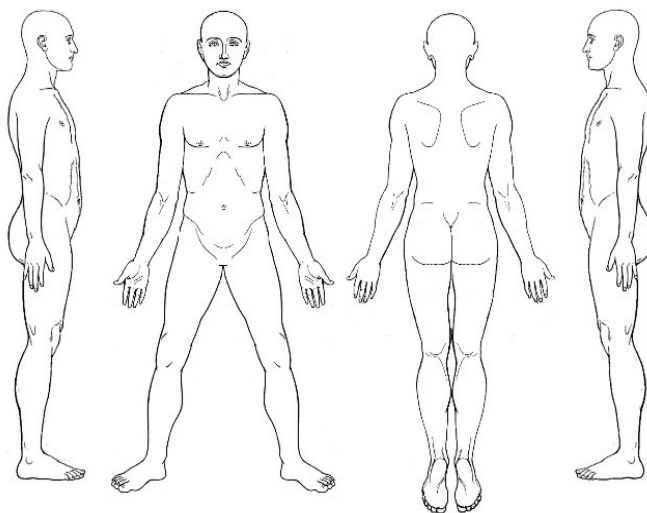
E-Mail:

Angaben über Ihren Gesundheitszustand:

Fühlen Sie sich, abgesehen von Ihren Schmerzen gesund?

ja nein

Zeichnen Sie bitte Ihre Schmerzen oder Einschränkungen am Bewegungsapparat ein!



Bewerten Sie Ihre Schmerzen auf einer Skala.

Leiden Sie unter:

Herz – Problemen: Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, ...

ja nein

Hoher Blutdruck:

ja nein

Gefäßprobleme,

ja nein

Blutgerinnungsstörung

ja nein

Nehmen Sie Blutverdünner?

ja nein

Leiden Sie unter Schwindel?

ja nein

Lungenerkrankungen: Asthma, chron. Bronchitis, Atemnot, ...

ja nein

Nieren -, Lebererkrankungen

ja nein

Diabetes o. a. Stoffwechselerkrankungen

ja nein

Krankheiten des Nervensystems, Epilepsie,

ja nein

Allergien:

ja nein

Wurde Osteoporose diagnostiziert?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Suchterkrankung: Alkohol, Drogen,

ja nein

Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten: Hepatitis, HIV, TBC

ja nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?

ja nein

Falls **Ja**, welche?

.....
.....
.....
.....
.....

Andere Krankheiten / Unfälle / Operationen/ Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- Die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.
- Die Entbindung der Geheimhaltung. Ich bin damit einverstanden, dass Physiotherapie Nueva GmbH von den behandelnden Medizinalpersonen Informationen einholt und Informationen an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung notwendig erscheint. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass auf Verlangen Informationen über die Behandlung an den Kostenträger weitergeleitet werden müssen.
- Ich bin mit der Korrespondenz bzw. Zusendung von Daten per einfacher E-Mail einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten oder Daten, die dem Arztgeheimnis unterliegen, enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst, und ich übernehme die volle Verantwortung.
- Bei Terminabsagen **unter 24 Stunden** zuvor, kann dieser mir in Rechnung gestellt werden.
Der Betrag von **CHF 50.00 ist bar oder Rechnung** zu begleichen.
- Dass ich bei einer Weiterbehandlung rechtzeitig eine Folgeverordnung beim Arzt einholen muss.
- Wenn der Kostenträger (Krankenkasse / Unfallversicherung) die Kosten **nicht** übernimmt, ich in voller Höhe vorleistungspflichtig bin und die Behandlungskosten übernehme.
- Selbstzahler haben die Kosten der Therapie bar oder per Rechnung über die Aerktekkasse **innert 30 Tagen** zu bezahlen.
- Bei Zahlungsverzug wird über die Aerktekkasse der Mahnungsprozess eingeleitet. Ab der 2. Mahnung wird die Betreibung eingeleitet oder der Fall der Inkassofirma übergeben.
- Verbrauchsmaterial ist «nicht kassenpflichtiges Verbrauchsmaterial», zum Beispiel Kinesiotape, Theraband, Dry Needling Nadeln. Dieses wird ggf. privat in Rechnung gestellt.
- Die Behandlung ist nicht zeitgebunden. Sie dauert 25 bzw. 55 Minuten u. beinhaltet schriftliche Dokumentation des Verlaufs, der Therapie u. Terminplanung.
- Die AGB's von Physiotherapie Nueva GmbH (s. Homepage) sind mit der Unterzeichnung zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift