

Datum: _____

Persönlicher Aufnahmebogen | Sporting Spine Regensburg

Dieser Fragebogen erfasst notwendige Informationen, die wir benötigen um die bestmögliche, für Sie persönlich zugeschnittene Betreuung durchzuführen.
Bitte nehmen Sie sich Zeit für die korrekte und vollständige Bearbeitung. Vielen Dank!



Name: _____ Adresse: _____

Ort: _____ PLZ: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Tel. Privat: _____

Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Möchten Sie an Ihren Termin erinnert werden?

Ja, per SMS

Ja, per E-Mail

Nein, ich wünsche keine Erinnerung

Ausgeübter Beruf: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?: _____

Haben oder hatten Sie oder eines Ihrer Familienmitglieder eine der folgenden Erkrankungen (**verwenden Sie bitte jeweils ein Kreuz – Nur wenn es zutrifft!**):

Arthritis Ich selbst _____ Familienmitglied _____

Lungenerkrankungen (Asthma, Bronchitis etc.) Ich selbst _____ Familienmitglied _____

Krebserkrankung Ich selbst _____ Familienmitglied _____

Diabetes Ich selbst _____ Familienmitglied _____

Herzerkrankung Ich selbst _____ Familienmitglied _____

Bluthochdruck Ich selbst _____ Familienmitglied _____

Wiederkehrende Unterzuckerung Ich selbst _____ Familienmitglied _____

Nierenerkrankung Ich selbst _____ Familienmitglied _____

Depression Ich selbst _____ Familienmitglied _____

Diagnostizierte Psychische Erkrankung

Ich selbst _____ Familienmitglied _____

Infektiöse Krankheiten (Hepatitis, AIDS) Ich selbst _____ Familienmitglied _____

II) Aktivitätstoleranz

2. Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie innerhalb von 6 Monaten wieder Ihre gewohnten Aktivitäten und Arbeiten ohne Probleme durchführen:

Sehr sicher 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Überhaupt nicht sicher (unmöglich)

3. Körperliche Aktivität verschlimmert meine Probleme!

Stimme überhaupt nicht zu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stimme ich absolut zu

4. Welche speziellen täglichen Aktivitäten bereiten Ihnen die meisten Probleme. Beziffern Sie bitte den Schmerz mit 0 (kein Schmerz) bis 10 (Sie gehen freiwillig ins Krankenhaus)

1:	Schmerzlevel:
2:	Schmerzlevel:
3:	Schmerzlevel:
4:	Schmerzlevel:
5:	Schmerzlevel:
6:	Schmerzlevel:
7:	Schmerzlevel:

Unentschuldigte Ausfälle stellen für uns als Praxis ein finanzielles Problem dar. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Regelung, dass ich für unentschuldigte, nicht wahrgenommene und nicht abgesagte Termine eine sofortige unangekündigte **Ausfallrechnung** erhalte.

Hiermit bestätige ich die **Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben**. Die Praxis Sporting Spine und alle Mitarbeiter unterstehen als physiotherapeutisches Unternehmen der ärztlichen Schweigepflicht über personenbezogene Daten. Diese Schweigepflicht besteht auch über die Betreuung hinaus auf Lebenszeit.

Name: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Ausfallhonorarvereinbarung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unsere Praxis arbeitet nach dem sog. Bestellsystem. Das bedeutet, dass die vereinbarten Termine ausschließlich für Sie reserviert sind. In dieser Zeit können keine anderen Patientinnen oder Patienten behandelt werden.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, muss dieser spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden.

Erfolgt die Absage nicht rechtzeitig oder wird der Termin ohne Absage nicht wahrgenommen, behalten wir uns vor, die Kosten in Höhe der für diesen Termin vorgesehenen Behandlung privat in Rechnung zu stellen.

Die Berechnung erfolgt in Höhe der tatsächlich geplanten Leistung (z. B. Krankengymnastik, Manuelle Therapie etc.).

Diese Kosten werden nicht von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung übernommen und sind vom Patienten selbst zu tragen.

Ein Ausfallhonorar wird nicht berechnet, wenn Sie nachweisen können, dass Sie den Termin aus Gründen nicht wahrnehmen konnten, die Sie nicht zu vertreten haben (z. B. Unfall oder Krankheit).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Terminabsageregelung und mögliche Kosten bei Nichterscheinen informiert wurde und diese akzeptiere.

Regensburg, Datum: _____

Unterschrift