

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: _____

Sie erhalten automatisch eine Terminerinnerung per **SMS** und **E-Mail**.

Falls Sie keine Erinnerung wünschen, kreuzen Sie bitte hier an:

☐ Keine Terminerinnerung gewünscht

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. Bezeichnen 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:

Wichtige Hinweise (Bitte durchlesen!)

Ausfallhonorar

Vereinbarte Termine sind ausschließlich für Sie reserviert und müssen mindestens **24 Stunden vorher** abgesagt werden. Bei verspäteter Absage oder Nichterscheinen kann ein Ausfallhonorar in Höhe der für den Termin vorgesehenen Behandlung berechnet werden. Dieses ist vom Patienten selbst zu tragen.

Gesetzliche Zuzahlung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen sind grundsätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung verpflichtet. Diese beträgt **10 % der Behandlungskosten zzgl. 10 € je Verordnung** und ist zu Beginn der Behandlung in der Praxis zu entrichten. Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind von der Zuzahlung befreit. Eine Befreiung ist nur bei Vorlage eines gültigen Befreiungsausweises möglich.

Bestätigung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich wurde über die Regelungen zum **Ausfallhonorar** sowie zur **gesetzlichen Zuzahlung** informiert und erkenne diese an. Die Praxis Sporting Spine und ihre Mitarbeiter unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht bezüglich meiner personenbezogenen Daten. Diese Verpflichtung besteht auch über die Dauer der Behandlung hinaus.

Regensburg, Datum: _____

Unterschrift