

Behandlungsvertrag

zwischen

Herrn/Frau (Name des Patienten) _____

und

Schöffner physio.therapie.mehr Eschborn/Frankfurt und/oder Hartmut Schöffner, Heilpraktiker & Physiotherapeut
Eschborn/Frankfurt

Hiermit wird festgelegt, dass die Therapie des o.g. Patienten gemäß Patientenrechtegesetz nach
anerkanntem fachlichen Standard erfolgen wird.

Der Patient verpflichtet sich zur Zahlung der Vergütung für die erbrachte Leistungen. Ausnahme bildet hier
die Tatsache, dass Zahlungspflicht durch die gesetzliche Krankenkasse oder andere Dritte besteht.

Als Therapeuten verpflichten wir uns, Sie ausreichend mündlich aufzuklären/zu informieren.
Gemäß der vorgelegten ärztlichen Verordnung werden wir Sie im Bereich Physiotherapie über Art, Umfang,
Durchführung und potenzielle Risiken aufklären, einen Ausblick auf den Verlauf geben und das, was Sie
selbst als Patient zum Erfolg Ihrer Therapie beitragen können, mit Ihnen besprechen.

Für Ihre Behandlung durch Hartmut Schöffner in seiner Funktion als Heilpraktiker gilt außerdem, dass nach
anerkanntem fachlichem und im Heilpraktikergesetz festgelegten Standard diagnostiziert und behandelt wird.

Informationen zu den Honoraren und unser Merkblatt zum Behandlungsvertrag finden Sie unter
<https://www.schoeffner-physio.de/download>

Dass wir als reine Bestellpraxis mit Vergabe von festen Terminen arbeiten,
bedeutet für Sie keine oder nur sehr kurze Wartezeiten.

Für uns bedeutet es, dass Personal fest eingeplant und Raumbelugung organisiert werden muss. Dieser
Aufwand erfordert die rechtzeitige Absage bei Verhinderung, damit genügend Vorlauf zur Vergabe des
abgesagten Termins an Patienten der Warteliste besteht.

Wir erheben bei Absage eines reservierten Termins bis 11.30 Uhr am Vortag keine Gebühr!

Für Terminstornierungen, die nach 11.30 Uhr am Vortag erfolgen, berechnen wir eine Storno-
(Bearbeitungs-) Gebühr in Höhe von EUR 20.-- je Behandlungseinheit.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in den Behandlungsvertrag ein. Eine Kopie für Ihre Unterlagen
erhalten Sie mit unserer Unterschrift beim nächsten Termin.

Datum _____ Unterschrift Patient _____

Cornelia Häuser-Schöffner / Hartmut Schöffner/ Ihr Therapeut i.A. _____

Schöffner
physio.therapie.mehr
Inh.Hartmut Schöffner PT u. Hp.
Siesmayerstr.15 60323 Frankfurt
und
Inh. Cornelia Häuser-Schöffner, PT
Unterortstr.27 a 65760 Eschborn

T 06196 9986880 oder 069 593030

www.schoeffner-physio.de

Anmeldung zur Therapie

Unsere Bestimmungen zum Schutz Ihrer Daten liegen in den den Praxen aus oder können auf unserer Website eingesehen werden:
<https://www.schoeffner-physio.de>

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass wir Sie hierüber in Kenntnis gesetzt haben. Sie sagen ausdrücklich JA zur Verwendung Ihrer Daten in unseren Systemen.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt.

Der Widerruf kann nur schriftlich erfolgen.
Beachten Sie bitte, dass im Falle eines Widerrufs die Fortsetzung Ihrer Behandlung nicht möglich ist.

Name, Vorname

geb.am Krankenkasse

PLZ/ Wohnort

Straße

Tel

E-Mail

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam? Bitte markieren, danke!

Internet - Empfehlung durch Arzt / Freund/ Verwandte

ACHTUNG!

Achtung!
Zum E-Mail Versand von Rechnungen, Befunden oder anderen kritischen Dokumenten als PDF verwenden wir ein Passwort.
Ihr Passwort besteht aus den Zahlen Ihres Geburtsdatums:

XXYYZZ

Mit Ihrer Unterschrift sagen Sie JA zu diesem Verfahren.

Unterschrift und Datum

Anamnese allgemein

Grundsätzlich ist bei Krankheitsgefühl mit Fieber eine Behandlung nicht möglich!

Alter Größe (m) Gewicht (Kg)

Ihre Grunderkrankungen (zB. Diabetes/Herz/Hepatitis/
Autoimmunerkrankung/Krebs/HIV/
neurologische/Epilepsie/Bluthochdruck/hohe Blutfette)

Sind Sie Post-COVID oder Long COVID Patient

Welche Medikamente nehmen Sie ständig ein

Welche Vitamine oder Spurenelemente nehmen Sie ein?

Hatten Sie bereits Op's - was/wo/wann?

Bitte unterstreichen →

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/ Infektanfälligkeit?

Gab es in Ihrer Familie Krebs/Osteoporose/Herzkrankheit?

Verlieren Sie manchmal (beim Niesen oder Husten) Stuhl oder Harn?

Bei Frauen:

Sind Sie schwanger? SchwangerschaftsWoche_____

Anamnese aktuell

Ist ein Unfall ursächlich für Ihre Beschwerden? Wenn ja, welche Art Unfall? Wann war der Unfall?
Hatten Sie eine OP deswegen? Haben Sie bleibende Schäden?

Beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzsymptome -
Was tut weh? Wie ist der Schmerz (ziehend, scharf, dumpf)?
Bei welcher Aktivität treten Schmerzen auf?
Wie lange schon haben Sie Schmerzen?

Was können Sie tun, um die Symptome zu bessern?

Helfen Medikamente - welche ?

Welche Untersuchungen hat Ihr Arzt/Ärztin durchgeführt?

Hatten Sie bereits Therapien wegen dieser Symptome?

Bitte die Rückseite nicht beschriften,
das macht Ihr Therapeut, danke!

→ Befund siehe Rückseite - erste(r) Therapeut(in)_____

Diese Seite wird vom Therapeuten/Therapeutin ausgefüllt. Bei jedem neuen Fall **neu** ausfüllen !

Befundbogen

Aufnahmedatum _____ TherapeutIn _____

Pat.-Name/Alter _____ - _____

ärztl.Diagnose _____

bisherige Behandlung: _____

Nebenerkrankung _____

Beruf _____

Sport/Aktivität _____

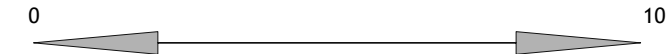
Hauptbeschwerden _____

Patient beurteilt mit VAS (aufsteigend 0=wenig/ 10=viel) seine

A = aktuelle Schmerzstärke

B = aktuelle Bewegungseinschränkung

C = aktuelle Beeinträchtigung der Lebensqualität



Cave!!

→ post OP Limits (Teilbelastung/Vermeiden best. Bewegungen) ?

Hilfsmittel (Stöcke etc.)? _____

→ Red Flags

Ergebnis (ICF)

1. Funktions-/Aktivitätseinschränkung

→ welche Struktur ist geschädigt? _____

→ welche Aktivität ist gestört? _____

2. Fähigkeitsstörung

→ was kann durch 1.) nicht mehr gemacht werden? _____

3. Teilhabe/Partizipation

→ auf welche andere Faktoren wird durch 2.) Einfluss genommen (Beruf-Umfeld - Psyche)?

Was erwartet der Patient von der Therapie? _____

4. Ergänzung

Gibt es Störungen von:

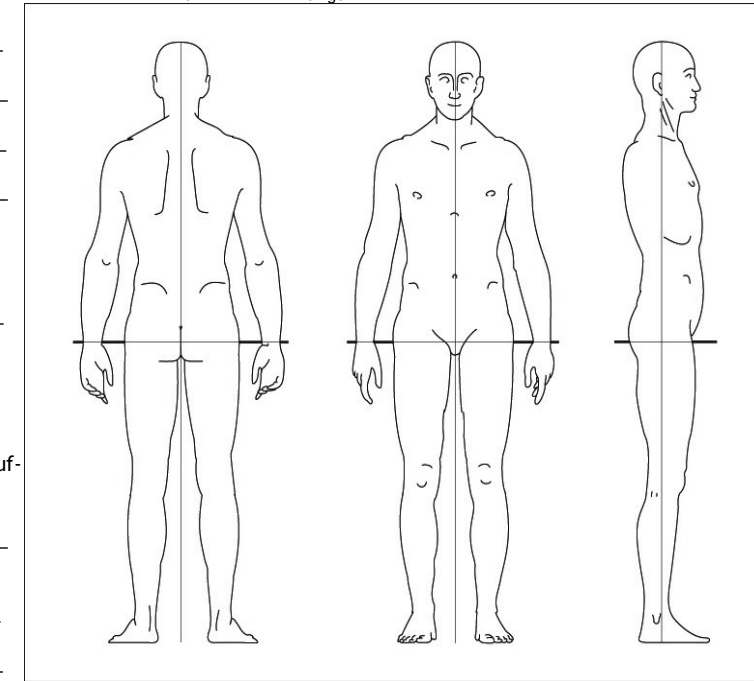
Bewegungsübergängen _____

Stehen(Gewichtsverteilung) _____

Gehen _____

Inspektion - Skizze (einzeichnen/beschriften)

Legende Verstärkung 1-3 +/++/+++ mehr Verminderung 1-3 -/-/-/- weniger Schmerz



Primäres Therapieziel aus der Sicht des Therapeuten/Therapeutin

- Analgesie/Entzündungshemung
- Gelenkfunktion/Beweglichkeit verbessern
- Muskelfunktion verbessern
- Propriozeption/Koordination verbessern
- Entstauung
- Anderes _____
- Spezielles _____
- Funktioneller Verband/Tape _____
- Instruktion _____