

## Anmeldung zur Therapie

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

Mit Klick auf Einwilligung bestätigen Sie, dass wir Sie hierüber in Kenntnis gesetzt haben. Sie stimmen der Verwendung Ihrer Daten in unseren Systemen ausdrücklich zu.

☐ Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu.

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	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Versicherung	<input type="text"/>
Straße & Hausnummer	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Bitte auswählen, danke!

☐ Internet      ☐ Empfehlung durch Arzt/Ärztin      ☐ Empfehlung von Verwandten / Freunden

### Achtung!

Zum E-Mail Versand von Rechnungen, Befunden oder anderen kritischen Dokumenten verwenden wir passwortgeschützte PDF Dateien. Ihr persönliches Passwort besteht aus den Ziffern Ihres Geburtsdatums im Format TTMMJJ

**Wichtig:** Grundsätzlich ist bei Krankheitsgefühl mit Fieber eine Behandlung nicht möglich!

## Anamnese allgemein

Alter  Größe (m)  Gewicht (kg)

Leiden Sie an Grunderkrankungen? Wenn ja, an welchen? Bitte auswählen.

- |  |                                      |                                     |   |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Hepatitis  | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Krebs         | <input type="checkbox"/> HIV         | <input type="checkbox"/> Epilepsie  | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Blutfette   | <input type="checkbox"/> Long Covid |   |

Welche Medikamente, Vitamine und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ständig ein?

Hatten Sie bereits OPs? Wenn ja, welche und wann?

Bitte auswählen:

- ☐ Leiden Sie unter Kopfschmerzen ?
- ☐ Sind Sie anfällig für Infekte?
- ☐ Gab es in Ihrer Familie Krebs / Osteoporose / Herzkrankheit?
- ☐ Verlieren Sie manchmal (beim Niesen / Husten) Stuhl oder Harn?
- ☐ **Bei Frauen:** Sind Sie schwanger? Falls ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

## Anamnese aktuell

Ist ein Unfall ursächlich für Ihre Beschwerden? Falls ja, welche Art von Unfall? Wann war der Unfall?  
Wurden Sie deswegen operiert? Haben Sie bleibenden Schäden?

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

Was können Sie tun, um die Symptome zu bessern?

Helfen Medikamente? Falls ja, welche?

Welche Untersuchungen hat Ihr Arzt / Ihre Ärztin durchgeführt?

Waren Sie wegen dieser Symptome bereits in Therapie?

Bitte senden Sie die ausgefüllte Datei an [schoeffner@physioprofi.de](mailto:schoeffner@physioprofi.de). Vielen Dank!