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 TTMMJJ

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 Nießen 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 machen wir, danke!
→Befund siehe Rückseite – erste(r) Therapeut(in)_____