

Informationsblatt

Name: _____

SV-Nummer: _____ Datum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mein Ziel ist es, Sie optimal zu behandeln. Damit das Erreichen Ihrer gesundheitlichen Ziele gelingt, möchte ich Sie auf wesentliche Rahmenbedingungen in unserer Zusammenarbeit hinweisen.

Die ärztliche Diagnose, ein ausführliches Gespräch sowie eine körperliche Untersuchung bilden die Grundlage unserer therapeutischen Zusammenarbeit. Ich kläre Sie zu Ihrem Zustand, Ihrer Prognose und den Behandlungsmöglichkeiten auf. Gemeinsam legen wir Ziele fest, die Sie durch die Therapie erreichen möchten. Mit diesen Informationen wird das Therapieprogramm individuell auf Sie abgestimmt. Bitte teilen Sie zu Beginn jeder Therapieeinheit Verbesserungen oder neu hinzugekommene Beschwerden mit - auch solche, die Sie nicht direkt mit Ihrer ursprünglichen Problematik in Verbindung bringen!

Mein therapeutischer Auftrag ist, Sie zurück in Ihren Alltag, Beruf und/ oder Sport zu begleiten. Deswegen hat Aktivität in meiner Therapie Priorität. Auf dem Weg dahin kann manuelle Therapie/Massage ein wichtiger Begleiter sein, um Einschränkungen zu beseitigen. Ihre aktive Mitarbeit während des gesamten Therapieprozesses ist maßgeblich für das Erreichen Ihrer Ziele! Die Therapieeinheiten leisten einen wichtigen Beitrag zu Ihrer Gesundheit. Noch wichtiger ist allerdings, was zwischen den Einheiten in Ihrem gewohnten Alltag passiert. Deshalb bekommen Sie individuell angepasste Übungen oder Aufgaben. Damit die Therapie sich optimal entwickeln kann, setzen Sie diese im verordneten Ausmaß in Ihrem Alltag um. Ihre Fragen sind immer willkommen!

Für die Therapiedauer von 45 Minuten stehe ich ausschließlich Ihnen zur Verfügung. Bitte kommen Sie pünktlich, die Therapiezeit kann nicht nach hinten ausgedehnt werden. Sollten Sie einen Termin verschieben oder stornieren müssen, tun Sie das bitte mindestens 24 Stunden im Voraus unter +43 664 916 21 90. Termine, die nicht zeitgerecht abgesagt werden, stelle ich unabhängig von der Begründung in Rechnung.

Zur Therapie bringen Sie bitte bequeme Kleidung sowie ein großes Badetuch mit. Zum Ersttermin bringen Sie bitte auch relevante Befunde, den Verordnungsschein und wenn möglich, dieses unterzeichnete Informationsblatt mit.

Eine Therapieeinheit zu 45 Minuten kostet dzt. 95€ und ist, wenn nicht anders vereinbart, in bar zu begleichen. Vor der ersten Einheit, lassen Sie Ihre Verordnung bei Bedarf chefärztlich bewilligen (siehe dazu meine AGB's, unter 1.3). Sie bekommen nach jeder Therapieeinheit einen Barbeleg per Mail zugestellt oder direkt ausgehändigt. Am Ende der Therapieserie erhalten Sie eine Honorarnote über alle geleisteten Termine. Zur Kostenrückerstattung reichen Sie die Honorarnote und die Verordnung bei Ihrer Krankenkasse ein. Eine private Zusatzversicherung erstattet ggf. den verbleibenden Selbstbehalt.

Um Sie optimal zu behandeln, bitte ich vorab um einige Informationen. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Vielen Dank!

1. Was sind Ihre **Hauptbeschwerden** im Alltag?

2. Haben Sie **Schmerzen**? Ja Nein

Wenn ja, wo: _____

3. Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? Ja Nein

4. Ist Ihre **Kraft** verändert? (Lähmung, Schwäche) Ja Nein

5. Weist Ihr **Schmerz** eines der **folgenden Merkmale** auf? Wenn ja, bitte ankreuzen:

Brennen schmerzhafte Kälte elektrische Schläge

6. Treten **folgende Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich** auf? Wenn ja, bitte ankreuzen:

Kribbeln Pieksen Taubheitsgefühl Juckreiz

7. Gab es für Ihre Beschwerden einen **Auslöser**? (Sturz, Unfall etc.) Wenn ja, was: Ja Nein

8. Hatten Sie **Unfälle und/ oder Operationen**? Wenn ja, welche: Ja Nein

9. Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig/ bei Bedarf ein?

10. **Wie stark** waren Ihre Schmerzen in den letzten zwei Wochen im Schnitt auf einer Skala von

0-10 (0=kein Schmerz, 10=stärkster vorstellbarer Schmerz)

11. Sind Sie **oft unsicher**, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand **umgehen** sollen? Ja Nein

12. Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen **stark durch Ihre Schmerzen gestört** gefühlt? Ja Nein

13. Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen **nur kurze Wege gehen**? Ja Nein

14. Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen **an mehr als einem Körperteil**? Ja Nein

15. Denken Sie, dass Ihr **Zustand lange anhalten** wird? Ja Nein

16. Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen aufgrund von Schmerzen **niedergeschlagen oder depressiv** gefühlt? Ja Nein

17. Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand **schädlich ist, körperlich aktiv** Ja Nein zu sein?

18. Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit **6 Monaten oder länger?** Ja Nein

19. **Trifft** etwas **davon auf sie zu?** Wenn ja, bitte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Gang- oder Gleichgewichtsstörung | <input type="radio"/> Schwindel |
| <input type="radio"/> Übelkeit | <input type="radio"/> Krebs/ Tumorerkrankung |
| <input type="radio"/> Ungewollter Gewichtsverlust | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Fieber ohne erklärbare Ursache | <input type="radio"/> Nachtschmerzen, nächtliches Schwitzen |
| <input type="radio"/> Herz-/ Kreislauferkrankung (z.B. hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Gefäßerkrankungen, Schlaganfall...) | <input type="radio"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD,...) |
| | <input type="radio"/> Raucher/in |

seit wann? _____ wie viele? _____

20. Haben Sie sonstige Beschwerden oder Erkrankungen? (Wenn ja, bitte einkreisen oder ergänzen):

Seh-, Sprech-, Schluck-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, Blutergüsse, Kurzatmigkeit, andere: _____

21. Haben Sie **Schlafprobleme?** (einschlafen, durchschlafen, andere)

22. Sind Sie regelmäßig **körperlich aktiv?** Wenn ja, welche Art von Bewegung? _____

Wie viele Minuten pro Woche im Schnitt? _____ min

23. Sind Sie **schwanger?** Ja Nein

- Ich habe das Informationsblatt und die AGB gelesen und erkläre mich damit einverstanden.**
- Ich habe den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß ausgefüllt.**
- Ich erkläre mich mit der Zusendung der Belege per E-Mail einverstanden (Verschlüsselung mit Passwort).**

Unterschrift: _____