

Herzlich Willkommen bei Physio:Konzept!

Liebe Patientin, lieber Patient,

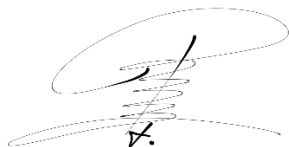
Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden sind mein höchstes Anliegen, und ich freue mich sehr, Sie auf Ihrem Weg zur Genesung begleiten zu dürfen. Damit Sie genau wissen, was Sie erwartet und welche Rahmenbedingungen für die physiotherapeutische Behandlung gelten, habe ich diesen Behandlungsvertrag erstellt.

Ich lege großen Wert darauf, dass Sie sich bei mir gut aufgehoben fühlen und alle notwendigen Informationen zur Hand haben. Dieser Vertrag soll dazu beitragen, Klarheit über den Ablauf der Therapie und alle damit verbundenen Aspekte zu schaffen.

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um den Vertrag sorgfältig durchzulesen. Er enthält wichtige Informationen über den Ablauf der Therapie, welche Verantwortlichkeiten Sie und ich haben und wie die Abrechnung erfolgt. Wenn Sie Fragen haben oder etwas unklar ist, zögern Sie nicht mich anzusprechen. Ich stehe Ihnen gerne zur Verfügung, um alle Ihre Fragen zu beantworten.

Gemeinsam wollen wir sicherstellen, dass Ihre Therapie bei Physio:Konzept für Sie so effektiv und angenehm wie möglich ist. Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen und freue mich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit!

Mit herzlichen Grüßen



Inhaber
Roland Fercher

Behandlungsvertrag für die Physio:Konzept Wahlpraxis

Vorab möchte ich Ihnen versichern, dass Ihre Gesundheit und Zufriedenheit für mich höchste Priorität haben. Dieser Behandlungsvertrag soll dazu beitragen, die Rahmenbedingungen für Ihre physiotherapeutische Behandlung in der Wahlpraxis Physio:Konzept klar und fair zu regeln.

1. Vertragspartner

Vertragspartner im Sinne dieses Vertrags sind Sie als Patient und die Physio:Konzept Wahlpraxis, vertreten durch ihren Physiotherapeuten Roland Fercher.

2. Ablauf der Anmeldung zur Therapie

Die Anmeldung zur Therapie erfordert die Bereitstellung folgender Daten:

- Name, Vorname
- Sozialversicherungsnummer
- Geburtsdatum
- Hauptdiagnose
- Angabe von zuweisenden Ärzten samt Adresse und Telefonnummer
- Emailadresse
- Zustimmung zur elektronischen Kommunikation inklusive Smartphone AppNutzung
- Datenschutzerklärung zur Nutzung Ihrer Daten

Die genannten Daten müssen bereits beim ersten Termin vollständig und korrekt ausgefüllt sowie unterschrieben am Erstkontaktfragebogen mitgebracht werden.

3. Ablauf der Therapie

Ihre Therapie beginnt mit einem ausführlichen Befund, auf dessen Grundlage der Therapieplan erstellt wird. Dieser umfasst notwendige Hausaufgaben und Präventionsmaßnahmen, die verpflichtend sind, um den Erfolg der Behandlungen zu sichern. Andernfalls behalte ich mir das Recht vor, die Behandlung abzubrechen. Die Abrechnung erfolgt entsprechend dem entstandenen Aufwand.

4. Befunde und Verordnung

Es ist Ihre Verantwortung, sämtliche Befunde, die für die Therapie relevant sind, inklusive bildgebender Diagnostik (z.B. Röntgen, MRT, CT usw.) mitzubringen. Die Verordnung durch Ihren Hausarzt mit der richtigen Kennziffer (PT02) muss vor Beginn der Therapie vorhanden sein.

5. Umfang der Terminlegung

Die Anzahl der vereinbarten Termine entspricht der auf dem Verordnungsschein ausgewiesenen Anzahl der verordneten Therapien. Die Planung der Therapiesitzungen wird individuell an Ihren Gesundheitszustand und die Entwicklungen während der Therapie angepasst.

6. Versäumte Termine

Versäumte Termine werden verrechnet und sind Eigenleistungen (die Sozialversicherung erstattet diese Kosten nicht).

7. Mitzubringende Utensilien

Bringen Sie bitte ein normales Handtuch und ein Badetuch (mindestens 180x90 cm oder größer) sowie Turnschuhe mit. In der Praxis steht Ihnen nach der Physiotherapie eine Duschköglichkeit zur Verfügung.

8. Honorarlegung

Die Honorarlegung kann flexibel gestaltet werden, entweder nach der Hälfte der verordneten Therapiesitzungen oder nach Abschluss der gesamten Therapie. Beachten Sie bitte, dass das vollständige Honorar vor Einreichung der Honorarnote bei Ihrer Sozialversicherung bezahlt werden muss ansonsten wird ihnen nichts Erstattet.

9. Therapieabbruch

Ein Therapieabbruch während der laufenden Verordnung wird abgerechnet, sofern der Termin bereits vergeben wurde. Dies entspricht einer Eigenleistung und wird nicht von der Sozialversicherung erstattet.

10. Stornokosten

Stornokosten bis 2 Werktage vor dem Termin sind kostenlos möglich. Danach werden 50% der Therapiekosten verrechnet. Bei erhöhtem Aufwand infolge eines Therapieabbruchs ohne nachvollziehbare Begründung behalten wir uns vor, die Kosten für die gesamte Therapie zu verrechnen. Hinweis: Interessenswegfall o.ä. ist keine zulässige Begründung.

11. Umgang mit Krankheitszeichen

Bei Krankheitszeichen am Tag der Therapie, wie zb. Erkältungssymptomen, bitten wir Sie dringend, uns zu kontaktieren und den Termin zu verschieben. Bei Covid19Verdacht ist ein Test erforderlich, und Sie dürfen nicht in die Praxis kommen.

12. Mögliche Wirkungen und Nebenwirkungen

Ich informiere Sie über mögliche Wirkungen während und nach der Therapie, einschließlich potenzieller Nebenwirkungen wie zb. Muskelkater am nächsten Tag sofern etwaiger Anlass hierzu bestünde. Sie dürfen gerne jederzeit auch noch einmal nachfragen sollte Ihnen etwas Sorge bereiten.

13. Elektronische Dokumentation und Datenschutz

Ich nutze digitale Dokumentation, die jederzeit analog zur Verfügung gestellt werden kann. Gerne gebe ich Ihnen auch Auskunft über die Verwendung Ihrer Daten. Wir können ein Patientenpasswort für telefonische Auskünfte über den Therapieverlauf vereinbaren, sofern gewünscht, sprechen Sie mich einfach darauf an.

14. Nutzung der App

Bitte beachten Sie, dass die Nutzung der App "Physitrack" nur während der laufenden Verordnung oder Therapie möglich ist. Danach besteht kein Anspruch mehr auf die Nutzung der App. Vor der Installation der App am Smartphone wird Ihnen eine eigene Datenschutzordnung angezeigt. Sie sind selbst dafür verantwortlich, Ihre persönlichen Daten sicher zu behandeln.

15. Datenschutzvereinbarung

Die Datenschutzvereinbarung von Physio:Konzept muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben sein, bevor die Behandlung beginnen kann.

16. Behandlungsbeginn

Die Behandlung bei Physio:Konzept setzt den vollständigen Vertragsdurchgang und die Unterschrift voraus. Etwaige Fragen zum Behandlungsvertrag müssen vor Beginn der Behandlung geklärt worden sein.

17. Salvatorische Klausel:

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam sein oder werden, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

Hinweis:

Ich bestätige, den Behandlungsvertrag vollständig gelesen und verstanden zu haben. Insbesondere wurden Fragen zur Organisation, zum Behandlungsablauf, zur Verordnung, zu Zahlungsmodalitäten, Honorarnotenlegung sowie zu Stornogebühren und zur Nutzung der Applikation für das Smartphone restlos geklärt. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit dem Behandlungsvertrag einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Ort, Datum, Unterschrift Physiotherapeut:in

Anmeldeformular für Physio:Konzept

Persönliche Informationen:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Männlich Weiblich Andere

Adresse:

Telefon (privat):

Telefon (geschäftlich):

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

Sonstiges:

Versicherungsinformationen:

Sozialversicherung:

Sozialversicherungsnummer:

Falls Vorhanden:

Name der
Zusatzversicherung

Versicherungsart

Unfallversicherung Krankenversicherung

Schadensmeldungsnr.:

Notfallkontakt und Wunschkontakt für Passwort

Name:

Telefon:

Beziehung zum Patienten:

Patientenpasswort ?

JA

NEIN

(wird digital aufgenommen)

Arztinformationen (falls zutreffend):

Hausarzt	
Adresse des Hausarztes:	
Telefon des Hausarztes:	
Falls anderer Überweisender:	
Überweisender Arzt	
Adresse des überweisenden Arztes:	
Telefon des überweisenden Arztes:	

Elektronische Kommunikation und Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass Physio:Konzept mich elektronisch kontaktieren darf, um Termine zu vereinbaren und wichtige Informationen bezüglich meiner Therapie zu übermitteln.

Ich habe die Datenschutzerklärung von Physio:Konzept gelesen und verstanden und bin damit einverstanden, dass meine Daten gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen verwendet werden.

Hinweis:

Hiermit bestätige ich, dass alle oben genannten Informationen korrekt sind, und ich bin damit einverstanden, mich gemäß den Geschäftsbedingungen von Physio:Konzept behandeln zu lassen. Sollte sich an meinen Daten etwas ändern werde ich dies unverzüglich bekannt geben.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Erstkontaktfragebogen (Screening)

Damit wir Ihnen bestmöglich helfen können, bitten wir Sie, uns einige Informationen zur Verfügung zu stellen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, können Sie diese gerne vorerst überspringen. Wir werden sie dann gemeinsam besprechen. Vielen Dank!

Name:	Beruf:
-------	--------

Hobbys:	Datum der letzten Untersuchung:
---------	---------------------------------

Haben Sie Allergien?	Gehen Sie zu Vorsorgeuntersuchungen?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche?

Sind Sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung	Wurden Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Beschwerden bei einer der links angegebenen Berufsgruppen behandelt?
<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Osteopath <input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> Psychiater/Psychologe <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/Krankengymnast <input type="checkbox"/> Chiropraktiker <input type="checkbox"/> Andere:	Falls ja, um welche ging es?

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Bitte ankreuzen.

<input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Herzprobleme <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Magengeschwüre <input type="checkbox"/> Sucht / Abhängigkeit	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> Schlaganfall Osteoporose <input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> andere entzündliche Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/> andere:
--	---	---

Allgemeinzustand

Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt?	Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Sind Sie jemals von Ihrem Partner oder einer anderen Ihnen nahestehenden Person bedroht, verletzt oder eingeschüchtert worden?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Benötigen Sie Hilfe? Dann sprechen Sie mich einfach an, es wird alles vertraulich und diskret behandelt

Chirurgie und Behandlungen

Bitte nennen Sie alle bei Ihnen durchgeführten Operationen und jeden Krankenhausaufenthalt mit Grund und ungefährem Datum:

Grund	Datum	Wie ist es Ihnen ergangen?
-------	-------	----------------------------

Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (zum Beispiel Knochenbrüche, Bandverletzungen) und das ungefähre Datum der Verletzung:

Verletzung	Datum	Ort der Behandlung
------------	-------	--------------------

Familienanamnese

Wurde eines Ihrer Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? Bitte ankreuzen.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente) |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> entzündliche Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (zb. HIV) |

Medikamente

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Vitamine, Mineralien (Nahrungsergänzung) |
| <input type="checkbox"/> Paracetamol | <input type="checkbox"/> pflanzliche Mittel |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofen, Diclofenac etc. | <input type="checkbox"/> andere, nicht verordnete Mittel: |
| <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Magengeschwüre | |

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster etc.):

Name Medikament und Dosis	Intervall (x-x-x-x)	Wogegen nehmen Sie das Medikament?
---------------------------	---------------------	------------------------------------

Genussmittel

Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag?

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?
Seit wie vielen Jahren?

An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?
Wie viele Gläser Bier, Wein oder Ähnliches trinken Sie an diesen Tagen?

Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?

Aktuelles Geschehen		
Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu, ungewöhnlich oder atypisch sind:		
<input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Schwächegefühl <input type="checkbox"/> Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen <input type="checkbox"/> Kribbeln oder Taubheit <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Anfallsleiden, Epilepsie <input type="checkbox"/> Doppelbilder sehen <input type="checkbox"/> Verlust der Sehschärfe <input type="checkbox"/> gerötete Augen	<input type="checkbox"/> Hautausschlag <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Störungen Sexualfunktion <input type="checkbox"/> nächtliches Schwitzen <input type="checkbox"/> Hörstörungen <input type="checkbox"/> Gelenk-, Muskelschwellung <input type="checkbox"/> unerklärliche blaue Flecken <input type="checkbox"/> starke Blutung <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> regelmäßiges Husten <input type="checkbox"/> Arm-, Beinschwellung <input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Verstopfung, Durchfall <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl <input type="checkbox"/> Klimakterium, Wechseljahre <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen <input type="checkbox"/> Urininkontinenz <input type="checkbox"/> Blut im Urin <input type="checkbox"/> (mögliche) Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Stress bei der Arbeit oder zu Hause
Wichtiges		
Gibt es etwas das Sie unbedingt mitteilen möchten?		
Wurde etwas Vergessen zu Fragen?		
Haben Sie noch Fragen zu diesem Fragebogen? Falls ja, bitte notieren Sie sie hier:		

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Informationen mit uns zu teilen. Ihre Angaben sind für uns von großer Bedeutung, um Ihre Therapie bestmöglich anzupassen und Ihnen zu helfen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die oben gemachten Angaben korrekt und vollständig sind. Sie erklären sich bereit, sämtliche Änderungen in Ihrem Gesundheitszustand oder Ihrer Therapie umgehend mitzuteilen, um eine optimale Betreuung sicherzustellen.

Ort, Datum, Unterschrift Patient

Vom behandelnden Therapeuten auszufüllen:		
Kontrolliert und besprochen	am: (Datum)	Von: (Physiotherapeut)
Einfluss auf Therapie?		Rücküberweisung Notwendig: