

Anmeldebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf unsere Behandlung haben.

Patient Name _____ Vorname _____ geb. _____
Anschrift Straße/Nr. _____
PLZ _____ Ort _____
Telefon Privat _____ Geschäftlich _____ Mobil _____
Überweisender Arzt _____ Krankenkasse _____

Versicherungsverhältnis Gesetzlich Privat Beihilfeberechtigt Zuzahlungsbefreit¹

Schweigepflichtenbindung

Für den bestmöglichen Therapieerfolg ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arzt und den behandelnden Therapeuten notwendig.

Ich bin daher einverstanden, dass personenbezogene Angaben, ausschließlich zu diesem Zwecke, an die obig benannten Gruppen weitergegeben werden.

Die Vergütung & Abrechnung der Verordnung erfolgt über ein akkreditiertes Abrechnungszentrum.

Die dazu notwendigen Daten werden ausschließlich zu Abrechnungszwecken verwendet und nicht an unbefugte Dritte weitergereicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Therapeutische Interventionen

Wir informieren Sie hiermit, dass es bei therapeutischen Interventionen wie Stoßwelle, Elektrotherapie, Lasertherapie, Flossing, Taping und Schröpfen zu Hautirritationen, Rötungen und Hämatomen kommen kann. Mit der unten stehenden Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme dieses Hinweises.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Abrechnung →

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich _____
Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass im **Bewegungszentrum.NRW, Heideweg 40 a-c, 44267 Dortmund**, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei Ärzten/Psychotherapeuten und anderen Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung **angefordert** werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Arzt/Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer **übermittelt** werden dürfen.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an folgende Personen (z.B. Angehörige, Pflegepersonal, Lehrer, Erzieher, weitere) zum Zweck der besseren Wirksamkeit der Behandlung und der interdisziplinären Zusammenarbeit weitergegeben werden dürfen (Personengruppen oder Einzelpersonen bitte konkret benennen!):

Ich erkläre mich einverstanden mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen über das Abrechnungszentrum:

NOVENTI HealthCare GmbH, Einsteinring 41-43, 85609 Aschheim, Tel.: 089-921080, Fax: 089-92108-108,
E-Mail: info@azh.de

Die dazu notwendigen Daten über die Behandlungskosten, sowie meine Patientenstammdaten (Name, Anschrift, Art der Behandlung) werden an das Abrechnungszentrum übermittelt und ausschließlich zu Abrechnungszwecken verwendet.

Mein Einverständnis gilt für die gesamte Dauer der Vertragsbeziehung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Optional:

Ich stimme darüber hinaus der Nutzung meiner Kontaktdaten zur Übermittlung von Praxismailings, Terminerinnerungen und weiteren Informationen zu und bin mit einer entsprechenden Zusendung einverstanden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustands

Liebe Patientin, lieber Patient!

das Praxisteam des bewegungszentrum.nrw bittet Sie, den folgenden Fragebogen gewissenhaft und wahrheitsgetreu auszufüllen. Sollten sich im Laufe der therapie Änderungen ergeben, verpflichten Sie sich mit der unten stehenden Unterschrift dazu, diese umgehend an das Praxisteam weiterzuleiten.

Name _____ Vorname _____ geb. _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Nebenerkrankungen | <input type="radio"/> Rheumatologische Erkrankungen | <input type="radio"/> Wunden, Nekrosen, Ulcus
Lokalisation _____ |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ 1 | <input type="radio"/> HIV | <input type="radio"/> Chronische Ödeme
Lokalisation _____ |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ 2 | <input type="radio"/> Gefäßerkrankungen | <input type="radio"/> Allergien |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> PAVK | 1. _____ |
| <input type="radio"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="radio"/> CVI | 2. _____ |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Thrombosen
Lokalisation _____ | 3. _____ |
| <input type="radio"/> Multiple Sklerose | Wann _____ | |
| <input type="radio"/> COPD | <input type="radio"/> Lungenembolie | <input type="radio"/> Sonstige |
| <input type="radio"/> Blasen- und Mastdarmstörungen | <input type="radio"/> Fibromyalgie | 1. _____ |
| <input type="radio"/> Krebs und Tumore
Art _____ | <input type="radio"/> Paresen und Lähmungen
Lokalisation _____ | 2. _____ |
| Art _____ | | 3. _____ |
| <input type="radio"/> Niereninsuffizienz | <input type="radio"/> Aortenaneurisma | |

Medikamente

Hinweis: Zur Medikamenteneinnahme zählen jegliche Art von Schmerzmitteln, krankheitsspezifische Medikamente sowie Nahrungsergänzungsmittel. Sollten sich Änderungen in der Dosierung und Medikamentenaufstellung ergeben, sind diese umgehend an das Praxisteam weiterzuleiten.

Morgens	Mittags	Abends
Medikamente (-dosierung)	Medikamente (-dosierung)	Medikamente (-dosierung)

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Allgemeine Informationen

In meiner Praxis bleiben Ihnen Wartezeiten erspart!

Sie erhalten von Beginn an feste und gemeinsam vereinbarte Termine. Dabei wird insbesondere auf gleichbleibende Zeiten geachtet, um Ihre Terminplanung zu erleichtern.

Kurzfristige Therapieausfälle und die damit entstehenden Lücken, lassen sich deshalb nicht durch andere Patienten ausgleichen. Ich bitte daher um Ihr Verständnis, dass versäumte Termine, die nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, Ihnen in Rechnung gestellt werden müssen.

Sollten Sie also durch Krankheit oder wichtige Gründe an der Wahrnehmung der Therapie gehindert werden, sagen Sie mir rechtzeitig Bescheid.

Kontinuierliche Behandlung ist ein Meilenstein Ihres Erfolges!

Um Ihnen den größtmöglichen Therapieerfolg zu gewährleisten, ist dazu eine regelmäßige und kontinuierliche Behandlung unbedingt notwendig!

Bei einmaliger Behandlung pro Woche verschiebt sich bei einem einzigen Ausfall bereits das Intervall auf zwei Wochen. Durch wiederholte Therapielücken wird der Behandlungserfolg gefährdet.

Zu guter Letzt:

Bitten lassen Sie mich sämtliche Anregungen und Kritik aller Art wissen!

Kommen Sie doch einfach ohne große zeitliche Verzögerung bei Unstimmigkeiten auf mich zu.

Wir werden gemeinsam eine Lösung finden!

Ich freue mich auf unsere gemeinsame Zusammenarbeit