



**Gesundheitsraum**

Neukeferloh

**PRIVATPRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE**

**ULRIKE BÖTTICHER UND MICHAELA SCHWOERER**

**ERSTANAMNESE / FRAGEBOGEN ZU IHRER  
KRANKHEITSGESCHICHTE**

**SEHR GEEHRTE PATIENTINNEN/EN, BITTE BEANTWORTEN SIE  
KURZ DIE NACHFOLGENDEN FRAGEN.**

**NAME, VORNAME :**

**ADRESSE :**

**TELEFONNUMMER:**

**MAILADRESSE:**

**GEBURTSTAG:**

**VERSICHERUNG: PRIVAT ODER BEIHILFE**

**BERUF:**

**HAUSARZT:**

**SPORT/HOBBY:**

## **ALLGEMEINE FRAGEN:**

**1. DERZEITIGE TÄTIGKEIT?**

---

**2. ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN? (Z.B. HERZ-KREISLAUF, LUNGE, HNO, ASTHMA, OSTEOPOROSE, UROGENITAL, DIABETES ETC.)**

---

---

**3. SCHWERE ERKRANKUNGEN IN DER KINDHEIT / PROBLEME BEI IHRER GEBURT?**

---

---

**4. FÜR FRAUEN: HABEN SIE KINDER GEBOREN? WIEVIEL? GAB ES KOMPLIKATIONEN?**

---

---

**5. HATTEN SIE SCHWERE UNFÄLLE? FOLGESCHÄDEN?**

---

---

**6. OPERATIONEN? WELCHER ART UND WANN?**

---

---

**7. NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? (Z.B. KORTISON, BLUTVERDÜNNER, BETABLOCKER) WELCHE ?**

---

---

## **JETZIGE BESCHWERDEN**

**WELCHE BESCHWERDEN/SCHMERZEN HABEN SIE ZU MIR GEFÜHRT?**

---

---

**WANN HABEN SIE BEGONNEN? AUSLÖSER?**

---

---

**HABEN SICH DIE SCHMERZEN/BESCHWERDEN MIT DER ZEIT GEÄNDERT (INTENSITÄT/ORT)?**

---

---

**WIE IST DIE QUALITÄT DES SCHMERZES? KRIBBELN, TAUBHEIT, BRENNEND, ZIEHEND, BOHREND ETC.?**

---

---

**ÄNDERT SICH DER SCHMERZ IM LAUFE DES TAGES?**

---

---

**IN WELCHER KÖRPERHALTUNG ÄNDERT SICH DER SCHMERZ?**

---

---

**HABEN SIE ZUSÄTZLICHE BESCHWERDEN?**

**(SCHWINDEL, SCHLAFSTÖRUNG, GANG/**

**GLEICHGEWICHTSSTÖRUNGEN, ÜBELKEIT, ANTRIEBSMANGEL...?)**

---

---

---

**WO AUF EINER SCHMERZSKALA 0-10 WÜRDEN SIE IHREN SCHMERZ BEWERTEN? 0-SEHR GUT, 10-SEHR SCHLECHT.**

**0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10**

**LEIDEN SIE UNTER SEELISCHENBELASTUNGEN?  
(Z.B.STRESS,KONFLIKTE,TRAUER...)PFLEGE/VERSORGEN  
SIE EIN FAMILIENMITGLIED?**

---

---

**VORBEHANDLUNGEN? ( THERAPIE, OP, KUR, REHA....)**

---

---

**GAB ES MEDIZINISCHE VORUNTERSUCHUNGEN?  
(ORTHOPÄDE,NEUROLOGIE,ALLGEMEINMEDIZIN.,PSYCH.,  
RÖNTGEN,CT, MRT )**

---

---

---

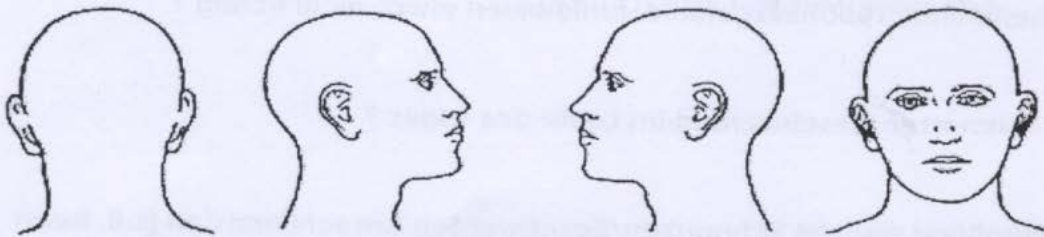
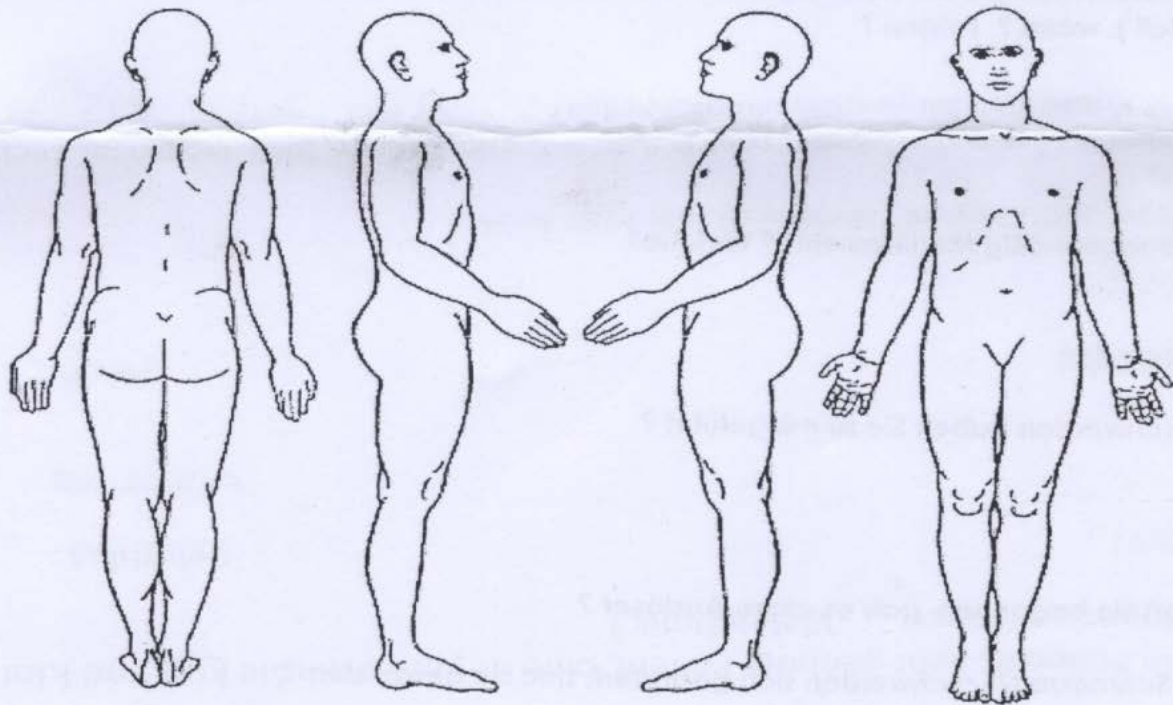
**WAS SIND IHRE ERWARTUNGEN UND ZIELE FÜR DIE THERAPIE?**

---

---

---

Zeichnen Sie bitte hier ein, wo Sie überall Schmerzen haben.



Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken), kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung können sie mit einem Pfeil (•>) markieren.

**VIELEN DANK FÜR DIE BEANTWORTUNG DER FRAGEN!**

**DATUM UND UNTERSCHRIFT:**

**BEHANDLUNGSVERTRAG  
FÜR PRIVATPATIENTEN UND SELBSTZAHLER**

.....  
**DIE VERTRAGSPARTNER VEREINBAREN DIE ERBRINGUNG FOLGENDER  
 LEISTUNGEN:**

Anzahl	Behandlungsleistung	Einzelpreis
	Krankengymnastik	27,00 €
	Manuelle Therapie	29,90 €
	Krankengymnastik auf neurologischer Basis (45 min)	49,90 €
	Massage	22,00 €
	Fango (Naturfango)	19,00 €
	Lymphdrainage (30 min)	27,00 €
	Lymphdrainage (45 min)	40,00 €
	Lymphdrainage (60 min)	58,90 €
	Elektrotherapie/Ultraschall	9,80 €

- **DIESE HONORARSÄTZE GELTEN WIE VEREINBART UND SIND DURCH DEN PATIENTEN/VERSICHERTEN ZU BEGLEICHEN.**
- **DIESE VEREINBARUNG IST AUCH GÜLTIG, WENN EINE ERSTATTUNG NICHT ODER NICHT IN VOLLER HÖHE GEWÄHRLEISTET IST.**
- **DER RECHNUNGSBETRAG WIRD IN 14 TAGEN NACH ZUGANG DER RECHNUNG FÄLLIG. DIESER ZAHLUNGSZEITPUNKT KANN VON ERSTATTUNGSZEITPUNKT DER VERSICHERUNG ABWEICHEN.**
- **WENN DER VEREINBARE TERMIN NICHT MINDESTENS 24H VORHER TELEFONISCH ABGESAGT WIRD, WIRD ER IN RECHNUNG GESTELLT.**

.....  
**NEUKEFERLOH, DER**  
 .....



**Gesundheitsraum**  
Neukeferloh

## **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENSCHUTZVERARBEITUNG**

VON  
HERRN/FRAU

ANSCHRIFT

ICH BIN EINVERSTANDEN, DASS DURCH DIE PRIVATE PHYSIOTHERAPIEPRAXIS  
ULRIKE BÖTTICHER (GESUNDHEITSRAUM NEUKEFERLOH) MEINE DATEN ZU  
FOLGENDEN ZWECKEN ERHOSEN, VERARBEITET UND GENUTZT WERDEN: ZUR  
PFLEGE DER KONTAKTDATEN, DER ERFÜLLUNG DES BEHANDLUNGSVERTRAGS,  
ZUR THERAPEUTISCHEN DOKUMENTATION, ZUR ERSTELLEN VON  
BEHANDLUNGSBERICHTEN UND ARZTBERICHTEN.

ICH BIN DARAUF HINGEWIESEN WORDEN, DASS

- ✦ DIE IM RAHMEN DER VORSTEHENDEN GENANNTEN ZWECK ERHOBENEN  
PERSÖNLICHEN DATEN MEINER PERSON UNTER BEACHTUNG DES DSGVO UND  
DES BDSG ERHOSEN, VERARBEITET, GENUTZT UND ÜBERMITTELT WERDEN.
- ✦ DIE ERHEBUNG, VERARBEITUNG UND NUTZUNG MEINER DATEN AUF  
FREIWILLIGER BASIS ERFOLGT UND DASS ICH MEIN EINVERSTÄNDNIS  
VERWEIGERN MIT DER FOLGE, DASS DER BEHANDLUNGSVERTRAG NICHT  
ERFÜLLT WERDEN KANN/NICHT ZUSTANDE KOMMT UND DIE BEHANDLUNG MIT  
DER KRANKENKASSE NICHT ABGERECHNET WERDEN KANN.
- ✦ ICH BIN JEDERZEIT BERECHTIGT, AUSKUNFT ÜBER DIE ZU MEINER PERSON  
GESPEICHERTEN DATEN ZU VERLANGEN.
- ✦ ICH BIN JEDERZEIT BERECHTIGT, DIE BERICHTIGUNG, LÖSCHUNG ODER  
SPERRUNG EINZELNER PERSONENBEZOGENER DATEN ZU VERLANGEN.
- ✦ ICH BIN JEDERZEIT BERECHTIGT, MIT WIRKUNG FÜR DIE ZUKUNFT DIESE  
EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZU WIDERRUFEN.

IM FALLE DES WIDERRUFS IST DIESER ZU RICHTEN AN:

PRIVATPRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE  
ULRIKE BÖTTICHER UND MICHAELA SCHWOERER  
BRETONISCHER RING 18  
85630 GRASBRUNN

HIER WERDEN MEINE DATEN NACH ABLAUF GESETZLICHER FRISTEN UND FALLS  
SOLCHE NICHT MEHR ZU BEACHTEN SIND, MIT DEM ZUGANG DER  
WILLENSERKLÄRUNG DER PRAXIS GELÖSCHT. DIE PRAXIS WIRD MEINEN  
WIDERRUF AN DIE O.G. DRITTEN WEITERLEITEN, DIE IHRERSEITS DANN MEINE  
DATEN LÖSCHEN.

NEUKEFERLOH, DEN .....

UNTERSCHRIFT:

