

Behandlungsvertrag/ Anmeldebogen



zwischen (Patient):

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl, Wohnort

Krankenkasse

Telefon privat

Telefon dienstlich

Mobiltelefon

und dem RZB REHA Zentrum Böblingen GmbH.

Mit dem Ausfüllen dieses Formulars nehme ich zur Kenntnis, dass vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden müssen.

Außerdem bin ich über die Kosten der Behandlung informiert worden und bin zudem darüber aufgeklärt worden, dass unentschuldig nicht wahrgenommene Termine privat in Rechnung gestellt werden.

Wir bitten Sie, Ihre Rezeptgebühren bis zum zweiten Termin zu begleichen. Die Höhe der Gebühren richtet sich nach dem Wert Ihres Rezepts. Bitte fragen Sie bei uns nach.

Datum

Unterschrift des Patienten

Patientenaufklärung:

Der Patient ist über die Diagnose, mögliche Risiken und Nebenwirkungen innerhalb der Therapie aufgeklärt worden. Des Weiteren wurde der Patient über die Heilmittelverordnung, den Therapieverlauf sowie über Nah- und Fernziele aufgeklärt.

Datum

Unterschrift des Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen auf der Rückseite vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Beruf

Hobby/Sport

Bitte wenden!

1. Haben Sie **Schmerzen**? Ja nein
2. Wie stark sind Ihre **Schmerzen momentan**?
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)
3. Wie stark sind Ihre **Schmerzen bei Belastung**?
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)
4. **Wie lange** haben Sie die **Beschwerden** schon?

5. Gab es einen **Auslöser** für Ihre **Haupt- und Nebenbeschwerden** (Unfall, Operation, Sturz)?

6. Wie haben sich Ihre Beschwerden **in der letzten Zeit** verhalten?
gleich bleibend / besser werdend / schlechter werdend
7. Haben Sie **Schmerzen beim: Husten / Niesen / Pressen / Schlucken**
8. Sind Sie **Schwanger**? Ja nein
9. Leiden Sie unter **Übelkeit, Schwindel, Ohnmachtsanfälle oder Schluckstörungen**? Ja nein
10. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes / Osteoporose / Rheuma**?
11. Haben Sie weitere Erkrankungen/Allergien (z.B. Bluthochdruck, Fieber, ...)?

12. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? Ja nein
Wenn ja, **welche** (ggf. Dosierung)?

13. Hatten Sie jemals einen **Tumor oder eine Krebserkrankung**? Ja nein
14. Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? Ja nein
15. Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? Ja nein
16. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle und/oder Operationen**? Ja nein
Wenn ja, welche (bitte mit Jahreszahl):

17. Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Haupt-/Nebenbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (**Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.**)? Wenn ja, welche:

18. Welche **Maßnahmen zur Diagnostik / Therapie** wurden bisher durchgeführt?
Röntgen / Computertomographie / MRT / Ultraschall / Spritze / Massage / Physiotherapie / Anderes

19. Was sind Ihre **Erwartungen und Ziele** für die Therapie?
