

Patientenname: \_\_\_\_\_ Soz.Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf Physiobalance aufmerksam geworden?

Praxisschild  Flyer  pers. Empfehlung  Website  Soziale Medien  Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Fragen zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand:

- |  |      |        |
|--|------|--------|
| • Nehmen Sie Medikamente?  | 0 ja | 0 nein |
| • Haben Sie Kunstgelenke (Hüfte, etc.) oder andere Metalle im Körper?          | 0 ja | 0 nein |
| • Haben Sie Gefühlsstörungen in den Armen und Beinen?                          | 0 ja | 0 nein |
| • Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber über 38 Grad?                         | 0 ja | 0 nein |
| • Nur für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?                                | 0 ja | 0 nein |
| • Hatten Sie Probleme mit Ihrem Herz (Infarkt, Angina pectoris)?               | 0 ja | 0 nein |
| • Sind Ihnen Schilddrüsenprobleme bekannt?                                     | 0 ja | 0 nein |
| • Gibt es durchgeführte Operationen / Narben?                                  | 0 ja | 0 nein |
| • Haben Sie Probleme mit Ihren Gefäßen (Thrombose, Bypass, etc.)?              | 0 ja | 0 nein |
| • Leiden Sie unter Asthma / Allergien / Unverträglichkeiten / Schlafstörungen? | 0 ja | 0 nein |

## Organisatorisches:

- **Bitte bringen Sie zu Ihrer Behandlung ein Leintuch oder ein großes Badetuch mit! DANKE.** Lang vergessene Handtücher werden an karitative Einrichtungen weiter gegeben.
- Bitte bringen Sie vorhandene, die Therapie betreffende, **Röntgenbilder, Bilder einer Computertomografie (CT), oder Magnetresonanztomografie (MR)** sowie **aktuelle Befunde** bei der nächsten Therapieeinheit mit.
- **Die erste Therapieeinheit dient hauptsächlich zur genauen Befunderhebung (45 min)!**
- Dieses Informationsblatt ist **innerhalb von 14 Tagen nach erfolgter Terminvereinbarung** unterschrieben an uns zu retournieren (Post, Fax, Email, persönlich), ansonsten verfällt Ihr Ersttermin und alle weiteren vereinbarten Termine.

## Ich erkläre, in Kenntnis der nachstehenden Bestimmungen zu sein und diese verpflichtend zur Kenntnis zu nehmen:

- Die Therapieeinteilung erfolgt erst nach ärztlicher Zuweisung, für die eine chefärztliche Bewilligung innerhalb von zwei Wochen einzuholen ist.
- **Eine Therapieabsage hat spätestens 48 Stunden (bzw. 2 Werktage) vor dem vereinbarten Termin zu erfolgen, da mir ansonsten die Kosten für die Therapie voll verrechnet werden. Bei versäumten Terminen ist keine direkte Abrechnung mit der SGKK möglich!** Dadurch entstehen für mich je nach Therapieeinheit folgende Kosten: bis zu 30 min EUR 55,00, bis zu 45 min EUR 75,00, bis zu 60 min EUR 95,00 und bis zu 75 min EUR 115,00. Den offenen Betrag muss ich VOR der nächsten Behandlung bezahlen!
- Ich stimme der elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu (Email, Fax).
- **Ich stimme der Durchführung der ärztlich verordneten Behandlungsmaßnahmen zu.**
- Ich wurde über das Ergebnis des physiotherapeutischen Befundes, über die Art und Ablauf der Behandlungen, über mögliche **Behandlungsrisiken**, mögliche Begleiterscheinungen der Behandlungen und die **Wichtigkeit der Mitarbeit zum gewünschten Behandlungserfolg aufgeklärt.**
- Die Praxis haftet nicht für mitgebrachte Gegenstände und Wertsachen.
- Ich hafter für vorsätzliche und grob fahrlässige Beschädigung der Praxiseinrichtungen.
- Ich habe die Geschäftsbedingungen von Physiobalance gelesen und zur Kenntnis genommen. Diese liegen in der Praxis auf bzw. können unter [www.physiobalance.at](http://www.physiobalance.at) unter Patienteninfo eingesehen werden.
- Im Sinne des § 104JN wird für den Fall von Streitigkeiten als ausschließlicher Gerichtsstand das Bezirksgericht Salzburg vereinbart.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_