

Patientenname: _____ Soz.Vers.Nr.: _____

Versicherter: _____ 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.** Lange vergessene Badetücher werden an caritative Einrichtungen weitergegeben.
- **Die erste Therapieeinheit dient hauptsächlich zur genauen Befunderhebung (ca. bis zu 45 min, ev. auch länger)!**

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

- Die Durchführung einer osteopathischen Behandlung / Begutachtung erfolgt bei mir / meinem Kind auf meinen eigenen Wunsch. Da es sich um eine präventive bzw. alternative Behandlungsmethode handelt, besteht kein Anspruch auf Kostenzuschuss der gesetzlichen Krankenkassen. Eine **ärztliche Verordnung für Osteopathie** ist jedoch aus rechtlichen Gründen **zum ersten Behandlungstermin** mitzubringen!
- **Eine Therapieeinheit kostet für Erwachsene 95€ - Dauer ca. 45-60 min. Die Erstbehandlung bei Babys/Kindern 95€ - Dauer ca. 45-60 min. (inkl. ausführliches Anamnesegespräch). Folgetermine Babys/Kinder 55€ - Dauer ca. 20-30 min.**
- Die Therapiezeit kann von der Therapeutin während einer Behandlungseinheit je nach Behandlungsverlauf ohne vorheriger Ankündigung verkürzt oder verlängert werden. **Eine minutengenaue Abrechnung ist bei ganzheitlichen Behandlungen nicht möglich!**
- Ich nehme die derzeit gültigen Behandlungstarife hiermit zur Kenntnis.
- **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!**
- Die Rechnungen und Honorarnoten sind innerhalb von 7 Tagen nach Zugang abzugsfrei zur Anweisung zu bringen.
- **Ich stimme der elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu.**
- **Ich stimme der Durchführung der ärztlichen verordneten Behandlungsmaßnahmen zu.**
- Ich wurde über das Ergebnis des therapeutischen 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 Beschädigungen 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 unter Patienteninfo eingesehen werden.
- Im Sinne des § 104JN wird für den Fall von Streitigkeiten als ausschließlicher Gerichtsstand das Bezirksgericht Salzburg vereinbart.

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____