

Patientenname (Kind/Baby): \_\_\_\_\_ Soz.Vers.Nr. (Kind/Baby): \_\_\_\_\_

Versicherter (Mutter/Vater): \_\_\_\_\_ Soz.Vers.Nr. (Mutter/Vater): \_\_\_\_\_

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 je 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 |
| • Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? (wie oft? _____ / letzter Impftermin am: _____)..... | 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.
- **Bitte beachten Sie: die erste Therapieeinheit dient hauptsächlich einem ausführlichen Anamnesegespräch sowie der Befunderhebung (ca. bis zu 45 min, ev. auch länger)! Daraus resultiert eine unterschiedliche bzw. individuelle Behandlungsdauer – der Ersttermin entspricht somit einer vollständigen Therapieeinheit und kann NICHT als kostenloser Kennenlerntermin angeboten werden!**

## 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 durch die gesetzlichen Krankenkassen. Eine **ärztliche Verordnung für Osteopathie** ist jedoch aus rechtlichen Gründen **zum ersten Behandlungstermin** mitzubringen!
- **Eine Therapieeinheit kostet für Erwachsene €110,00 (Dauer ca. 45-60 min.). Die Erstbehandlung bei Babys/Kindern kostet €110,00 (Dauer ca. 45-60 min. inkl. ausführlichem Anamnesegespräch). Folgetermine Babys/Kinder kosten €65,00 (Dauer ca. 20-30 min.) bzw. €85,00 (Dauer ca. 30-45 min.).**
- Die Therapiezeit kann von der Therapeutin während einer Behandlungseinheit je nach Behandlungsverlauf **OHNE** vorherige Ankündigung verkürzt oder verlängert werden. **Eine minutengenaue Abrechnung ist bei ganzheitlichen Behandlungen NICHT möglich!**
- Ich nehme die derzeit gültigen Behandlungskonditionen und -tarife hiermit zur Kenntnis.
- **Eine Therapieabsage hat spätestens 48 Stunden (bzw. 2 Werktagen) vor dem vereinbarten Termin zu erfolgen, da mir ansonsten die Kosten für die Therapie voll verrechnet werden!**
- Die Honorarnoten sind innerhalb von 7 Tagen nach Zugang abzugsfrei zur Anweisung zu bringen. Bei langfristigem Zahlungsverzug können mir Mahngebühren in der Höhe von €10,00 in Rechnung gestellt werden. Wird die offene Honorarnote trotz Mahnung nicht beglichen, wird diese an ein Inkassobüro weitergeleitet, wodurch mir zusätzliche Kosten entstehen.
- **Ich stimme der elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu.**
- Ich wurde über das Ergebnis des therapeutischen Befundes, über die Art und Ablauf der Behandlungen, über mögliche **Behandlungsrisiken**, mögliche Begleitscheinungen 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](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, Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_