



PHYSIOTHERAPIE

Niclas Johansson

Sehr geehrte Patienten,

wir möchten Sie über Abläufe in unserer Praxis informieren:

- Bitte bringen Sie ein großes Handtuch und ggf. bequeme Kleidung mit.
- Um zeitliche Verzögerungen für Sie und andere Patienten zu vermeiden, erscheinen Sie bitte 5 Minuten vor Behandlungsbeginn.
- Terminabsagen müssen spätestens **32** Stunden vorher erfolgen. Andernfalls müssen wir diese privat in Rechnung stellen! Wir bitten um Verständnis für diese Regelung.
- Gesetzlich Versicherte sind verpflichtet, einen Eigenanteil zu zahlen.
- Hiermit entbinde ich die Physiotherapie Johansson von der Schweigepflicht gegenüber behandelnden Ärzten in medizinischen sowie organisatorischen Belangen:  ja  nein
- Mit der Abrechnung über die Abrechnungsgesellschaft Optica bin ich einverstanden:  ja  nein
- Hat Ihr Arzt Sie über die Diagnose und geplante Therapie informiert?  ja  nein
- Informationen zum Datenschutz können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen.

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beihilfe berechtigt  ja  nein

Kontraindikationen: Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck         | <input type="radio"/> Verschlusskrankheiten |
| <input type="radio"/> Hämophilie (Bluter)   | <input type="radio"/> Thrombose             |
| <input type="radio"/> Herzinsuffizienz      | <input type="radio"/> HIV (Aids)            |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt           | <input type="radio"/> Epilepsie             |
| <input type="radio"/> Osteoporose/-penie    | <input type="radio"/> Hepatitis             |
| <input type="radio"/> Malignitäten (Krebs)  | <input type="radio"/> Diabetes              |
| <input type="radio"/> Schilddrüsendysfunkt. | <input type="radio"/> Hautinfektionen       |

Allergien: \_\_\_\_\_

Gelenkprothese: \_\_\_\_\_

(künstliches Gelenk)

Nehmen Sie folgende Medikamente:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente     | <input type="radio"/> Blutverdünnende Medikamente |
| <input type="radio"/> Cortison/Kortikoide | <input type="radio"/> Antidepressiva              |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel       |   |
| <input type="radio"/> andere: _____       |   |

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Bitte klären Sie uns bei künftigen Besuchen über Änderungen auf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift