

EINTRITTSFRAGEBOGEN

| | |
|----------------|--------------|
| Name | Vorname |
| Beruf | Hobbys |
| Telefon Privat | Mobile |
| E-Mail | Geburtsdatum |

Befinden Sie sich momentan in Behandlung bei einem/einer:

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Arzt/Ärztin | TCM/Chinesische Medizin |
| Osteopathen*in | Homöopaten*in |
| Chiropraktor/Chiropraktikerin | Physiotherapeut*in |

Wann war Ihre letzte Konsultation (Arztbesuch)?

Haben Sie in einem weiteren Körperbereich / Gelenk Schmerzen? Wenn Ja, Wo?

Trifft oder traf eine oder mehrere dieser Diagnosen auf Sie zu?

| | |
|---------------|-------------------|
| Krebs | Thrombose |
| Bluthochdruck | Osteoporose |
| Arthrose | Herzerkrankung |
| Arthritis | Diabetes Mellitus |

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren operative Eingriffe?

Ja Nein

Falls Ja, welche und wann (Monat+Jahr)?

Hatten Sie in den letzten 10 Jahren einen Unfall z.B. Auffahrunfall oder eine grössere Verletzung?

| | |
|-------|------------|
| Datum | Verletzung |
| Datum | Verletzung |
| Datum | Verletzung |

Ist in Ihrer Familie (Eltern, Bruder oder Schwester) eine oder mehrere dieser Diagnosen bekannt?

| | |
|---------------|-------------------|
| Krebs | Thrombose |
| Bluthochdruck | Osteoporose |
| Arthrose | Herzerkrankung |
| Arthritis | Diabetes Mellitus |

Rauchen Sie?

Ja Wieviele Zigaretten pro Tag?

Nein Sie sind Nichtraucher, seit wann?

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein (ungefähre Bezeichnung)?

| | | | |
|--|--------|--------|-------|
| | Morgen | Mittag | Abend |
| | Morgen | Mittag | Abend |
| | Morgen | Mittag | Abend |

Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Monaten eine Cortison Infiltration durchgeführt?

Ja Nein

Falls Ja, wann, wo und von wem?

| | | |
|-------|--------|-------------|
| Datum | Gelenk | Arzt/Ärztin |
| Datum | Gelenk | Arzt/Ärztin |
| Datum | Gelenk | Arzt/Ärztin |

Kreuzen Sie folgende Symptome an, welche für Sie «neu, ungewöhnlich und atypisch» sind:

| | |
|------------------------------------|--|
| Gleichgewichtsstörungen | Schluckbeschwerden |
| Übelkeit | Menopause |
| Schwindel | Inkontinenz |
| Doppelbilder | Probleme beim Wasserlösen |
| Müdigkeit | Schwangerschaft oder evtl. Schwangerschaft |
| Schwächegefühl | Stress bei der Arbeit und/oder Zuhause |
| Fiebrig, kaltschweissig, schwitzen | Sprechstörungen |
| Sensibilitätsstörungen | Sturzattacken |
| Schlafstörungen/Nachtschmerzen | Taubheit |
| Gelenkschmerzen/Gelenkschwellungen | Gleichgewichtsstörungen |

Absageregelung

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine spätestens 12 Stunden im Voraus telefonisch, Ansprache auf dem Telefonbeantworter oder per E-Mail info@physiosieber.ch abzusagen oder zu verschieben. Sollte dies nicht der Fall sein, wird Ihnen die Behandlung mit CHF 50.– Privat in Rechnung gestellt.

Ich bestätige hiermit, dass ich die Absageregelung gelesen habe.

Einverständniserklärung Rechnungskopie

Wir werden die Behandlungskosten direkt Ihrer Krankenkasse in Rechnung stellen (Tiers payant). Ab dem 01.01.2022 sind wir verpflichtet, jedem Patienten/-in eine Rechnungskopie zur Verfügung zu stellen. Gerne möchten wir die Rechnungskopien per Mail versenden, um unnötige Kosten zu sparen.

Ich bin hiermit einverstanden. Mail-Adresse

Ich wünsche eine Rechnungskopie in Papierform und erhalte diese beim Sekretariat.

Datenschutzerklärung

Datenschutz und Datensicherheit sind wichtig für die Physiotherapie Sieber. Wir bearbeiten Ihre Personendaten verantwortungsbewusst, in Übereinstimmung mit anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen und gemäss dieser Datenschutzerklärung.

<https://www.physiosieber.ch/kopie-von-datenschutz>

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme dieser hiermit zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Physiotherapeut*in