

## 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](mailto: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