

Name Straße Wohnort
 Geburtsdatum Überweisender Arzt
 E-Mail Telefon Mobil

1. Gesetzlich versichert (GKV) 2. Privat versichert (PKV) 3. Beihilfe berechtigt versichert

Information durch den behandelnden Arzt.

Die vorgesehene Therapie steht auf der Heilmittelverordnung. Hat der verordnende Arzt Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert? Ja Nein

Mögliche Komplikationen. In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkung. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Behandler.

1. Was steht im Vordergrund Ihrer Beschwerden?

.....

2. Bei welchen 3 Alltagsbewegungen schränken die Beschwerden Sie am meisten ein?

Geben Sie auf der Skala Ihre momentanen Beschwerden bei dieser Aktivität an

VAS-Skala von 0 (= keine Beschwerden) bis 100 (schlimmste Beschwerden)



ATL-Score.....P.

- Beispiele Bewegungen**
1. Gehen
 2. Sitzen
 3. Liegen
 4. Stehen
 5. Tragen - beidhändig
 6. Tragen - einhändig
 7. Tragen - auf der Schulter
 8. Heben - beidhändig
 9. Heben - einhändig
 10. Treppe / Leiter steigen
 11. vorgebeugt Stehen
 12. Drehung und Vorgebeugt
 13. über Kopf arbeiten
 14. Aufstehen
 15. Bücken
 16. Sonstige Bewegungen

3. Wann sind Ihre Beschwerden am stärksten?

- morgens im Laufe des Tages abends nachts bei Stress

4. Wie oft treten die Hauptbeschwerden auf?

- a..... täglich 1 - 2 x / Woche 1 - 2 x / Monat
- b..... täglich 1 - 2 x / Woche 1 - 2 x / Monat

5. Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

6. Gab es einen konkreten Auslöser für Ihre Beschwerden?

.....

7. Was verschafft Ihnen Linderung?

.....

8. Nehmen Sie für oben stehende Beschwerden Medikamente und wenn ja welche?

.....

9. Haben/hatten Sie in den letzten Woche(n):

- unbeabsichtigter Gewichtsverlust Fieber nächtliches/extremes Schwitzen
 Abgeschlagenheit ein besonderes Blutbild Störung Miktio/ Defäkation

10. Wie viel Zeit verbringen Sie vor einem Computer? Stunden/Tag

11. Liegen bei Ihnen Vorerkrankungen /Operationen / Unfälle vor: bitte ankreuzen bzw. ergänzen

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Kopf- oder Nackenschmerzen | <input type="radio"/> Herz- Kreislauf- Erkrankungen | <input type="radio"/> AIDS / HIV |
| <input type="radio"/> Tinnitus | <input type="radio"/> Asthma, Atemnot | <input type="radio"/> Drogenkonsum / Tabakkonsum |
| <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> Covid19 | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Atemnot oder Brustschmerzen | <input type="radio"/> Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen |
| <input type="radio"/> Fraktur | <input type="radio"/> Diabetes Mellitus / Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> Operation | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Unfälle |
| <input type="radio"/> Gelenkersatz | <input type="radio"/> Stoffwechselerkrankungen | <input type="radio"/> andere Erkrankungen |

Wünschen Sie eine besondere Beratung über unser(e):

- VITAGS Gesundheitsanalysen VITAGS Gesundheitstraining Zertifizierte Gesundheitskurse Betriebliche Gesundheitsvorsorge

bitte wenden, die Rückseite lesen und unterschreiben

Damit wir uns verstehen!**1. Gesetzlich Versicherte.**

- Die Abrechnung erfolgt zu den vertraglich vereinbarten Vergütungssätzen.
- Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Leistungen der Physiotherapie mit 10% zuzahlungspflichtig. Ebenfalls fällt eine Gebühr von 10 Euro pro Rezept an. Diese Beträge werden mit der ersten Behandlung fällig.

2. Privat Versicherte und 3. Beihilfe berechnigte Versicherte.

- Als Vergütungssatz gilt die ags - Gebühreninformationen und -übersicht für Privatpatienten. Die Übersicht stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne zur Verfügung.
- Bei jedem Rezept eines neuen Krankheitsfalles wird die Leistung **Erstbefundung** (Dokumentation, Erstellung eines Behandlungsplans sowie Organisation) zusätzlich von ags in Rechnung gestellt. Diese Leistung muss vom Arzt nicht gesondert verordnet werden.

Um Ihnen und auch uns zusätzlichen Aufwand und Kosten zu ersparen, möchten wir Sie bitten, Ihre Zahlung fristgerecht innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Erstattung der Vergütung durch Ihre Beihilfestelle und/oder privater Krankenversicherung. Bitte erkundigen Sie sich entsprechend bei Ihrem Kostenträger.

Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung: Die Behandlung muss spätestens 28 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen. Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung selbst in der Regel für längstens 14 Tage unterbrochen werden.

Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht. **Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die vereinbarte Vergütung in Rechnung gestellt werden.** Es wird ausdrücklich vereinbart, dass Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird.

Datenschutz:

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, für Praxisinformationen, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma, möglicher Praxisnachfolger weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass • die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhebenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. • die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann. • Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen. • Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen. • Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an: ambulantes gesundheitszentrum stefelmans (kurz ags). Drs. (NL) Ruud Stefelmans oder Datenschutzbeauftragte Edith E. Stefelmans Schorndorfer Straße 15 47906 Kempen oder per Email info@ags-kempen.de. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Patienteninformation Datenschutzaushang habe ich gelesen und verstanden.

Einwilligung:

Den Behandlungsvertrag habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären. Dieser Behandlungsvertrag / Aufklärungsbogen wird von ags eingescannt und dem/der Patienten/in ausgehändigt.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV-Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Behandlungsvertrag vollständig ausgefüllt habe und auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Vergütung hingewiesen wurde.

Die vorstehenden Hinweise, insbesondere zu den Behandlungspreisen und zu der Patientenaufklärung, habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen ausdrücklich an.

Kempen, den

Datum/Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter*)

Stempel AGS PhysioTeam Drs. Stefelmans

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Damit wir uns verstehen!

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen/Behandlungsvertrag nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten Sie die Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.