

# Therapie Blazejewski

## Aufklärungs – und Anamnesebogen BGBI, § 630a-f

2024

Vorname/Nachname:	
Telefon:	
Versicherung :	Gesetzlich / Privat

### Liebe(r) Patientin, Patient, Angehörige(r)

Mit diesem Aufklärungsbogen informieren wir Sie über unsere Arbeit und sammeln gleichzeitig einige Informationen zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht ( EU-DSGVO Mai 2018).

#### Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung:

Die Behandlung muss spätestens 14/28 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen und darf maximal 14 Tage unterbrochen werden.

#### ➔ Termin absagen : Mindestens 24 Stunden vorher !

Vereinbarte Behandlungstermine müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Wir dürfen Ihnen laut Gesetz (§ 615 BGB) eine Ausfallgebühr für den uns dadurch entstandenen Schaden privat in Rechnung stellen.

#### ➔ Zuzahlung/Kostenübernahme:

- Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahre sind gesetzlich verpflichtet (außer bei Befreiung) eine Rezeptgebühr an die Praxis Therapie Blazejewski zu zahlen. Die Therapie Blazejewski handelt als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse.
- Mit dem Privatversicherten wird folgende Vergütung pro Behandlung vereinbart:

KG-Physio / KMT / ..... - pro Behandlung..... €

Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme mit Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären..

#### Information durch den behandelnden Arzt:

Hat ihr Arzt Sie über die Diagnose und beabsichtigte Therapie informiert?

Ja  Nein

**Erster Termin:** Während des ersten Termins wird eine physiotherapeutische Befundung gemacht.

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

**Datenschutz:** Sie gestatten der o.g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht. Ihre Patientendaten unterliegen einer 10-jährigen Aufbewahrungspflicht und werden zu Abrechnungszwecken gespeichert bzw. an ein Abrechnungszentrum weitergeleitet. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich widerrufen werden.

#### ➔ Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert.

**Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein. Meine Angaben sind freiwillig.**

Aachen ..... - ..... 2024

Hr./Fr.  \_\_\_\_\_

Ort Datum

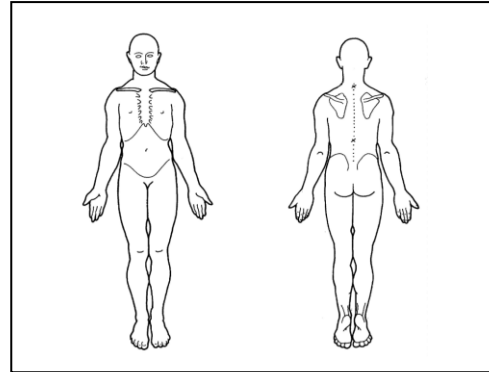
Patient / Bevollmächtigter

Therapeut(Kürzel): \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite:  
Fragen zu ihrer Gesundheit:**

Therapie Blazejewski, 2024

- 1.) Wo haben Sie ihre Beschwerden? (bitte einzeichnen):
- 2.) Haben Sie **Schmerzen**? Ja  Nein
- 3.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**?  
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)  
(einkreisen)
- 4.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? Ja  Nein
- 5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert? Ja  Nein
- 6.) Haben Sie einen **Kraftverlust**? Ja  Nein
- 7.) **Wie lange** haben Sie Ihre Beschwerden schon? (einkreisen)  
1-7 Tage / 1-4 Wochen / 1-3 Monaten / mehr als 3 Monaten
- 8.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?



- 
- 9.) Gab es einen **Auslöser**? (Sturz, Unfall, etc.)? \_\_\_\_\_
  - 10.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen etc)?

- 
- 13.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (siehe oben)?

- 
- 14.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen**
  - 15.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich bleibend/besser werdend/verschlechternd**
  - 16.) Haben Sie z.Zt **Kopfschmerzen mit Fieber und evtl. Hautausschlag**? Ja  Nein
  - 17.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Doppelbilder**? Ja  Nein
  - 18.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen**? Ja  Nein
  - 19.) Haben sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**? Ja  Nein
  - 20.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? Ja  Nein
  - 21.) Haben Sie in den letzten 14 Tagen **unerwartet abgenommen(> 4 KG)**? Ja  Nein
  - 22.) Hatten Sie jemals eine **Krebserkrankung**? Ja  Nein
  - 23.) Haben Sie **nachts (mehr) Schmerzen**? Ja  Nein
  - 24.) Hatten Sie **Unfälle** und/oder **Operationen** in Zusammenhang mit der Therapie? Ja  Nein
  - 25.) Nehmen Sie momentan **Medikamente(Kortison)** ein? Ja  Nein
  - 26.) Haben Sie Angst/Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? Ja  Nein
  - 27.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** bzw. **Beschwerden**? Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

- 28.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)  
Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze /  
Massage/Anderes: \_\_\_\_\_

**29.) ADL: PSFS (Patienten-Spezifische Funktions-Skala)**

- Unmöglich ..... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ..... *Überhaupt keine Schwierigkeiten*
1. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
  2. \_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Für den Therapeuten !**

- \*
- \*
- \*
- \*
- \*

**VORDERSEITE UNTERSCHRIEBEN???**

Therapie Blazejewski, 2024