

Therapie Blazejewski

Aufklärungs – und Anamnesebogen BGBI, § 630a-f

2025

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..

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

Ja Nein

➔ Führen Sie eine elektronische Patientenakte (ePA) ?

Ja Nein

Erster Termin: Während des ersten Termins wird eine physiotherapeutischer Befund erhoben.

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

Datenschutz: Sie gestatten de o.g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene und 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 - 2025

Hr./Fr.  _____

Ort Datum

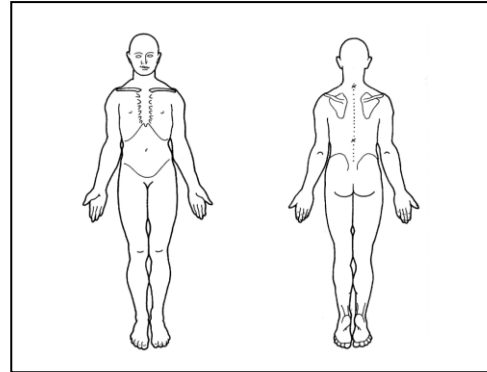
Patient / Bevollmächtigter

Therapeut(Kürzel): _____

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

Therapie Blazejewski, 2025

- 0.) Einsicht in ePA erlaubt ?:** Ja Nein
- 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)
- 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.) Nennen Sie hier 1 bis 2 Tätigkeiten die Ihnen z.Zt. schwer fallen:

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 :

*

*

*

*

*

Zum Schluss: Haben Sie die VORDERSEITE UNTERSCHRIEBEN???