



Behandlungsvertrag

1. Vergütung der Therapieleistung

a) Privatpatienten

Die Vergütung für Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/ oder private Krankenversicherung von Ihnen zu zahlen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für Maßnahmen der Physiotherapie übernommen werden. Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Mit Überschreitung dieser Zahlungsfrist behalten wir es uns vor, nach weiterer Zahlungsaufforderung oder Mahnung, ein Anspruch auf Berechnung der gesetzlichen Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu erheben.

b) Gesetzlich Krankenversicherte

Kassenärztliche Heilmittelverordnungen und berufsgenossenschaftliche Verordnungen rechnen wir direkt mit Ihrer Krankenkasse bzw. Berufsgenossenschaft ab. Gemäß den §§ 32, 43c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe beträgt 10% der Behandlungskosten sowie 10€ Rezeptgebühr. Für die geleistete Zuzahlung erhalten Sie eine Quittung von uns. Bringen Sie diesen Betrag bitte zu Beginn der Therapieeinheit mit und leisten die Zuzahlung. Falls Sie davon befreit sind, bringen Sie bitte Ihren Befreiungsausweis mit und legen diesen bei der ersten Behandlung vor.

2. Terminorganisation

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 den Termin anderweitig vergeben können. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, wird Ihnen dieser mit 40 € für einen 30-minütigen Termin anteilig in Rechnung gestellt. Bei verspätetem Erscheinen zu einem Termin kann die volle Behandlungsdauer nicht garantiert werden.

3. Geltung dieser Vertragsbedingungen

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrages gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche, berufsgenossenschaftliche und privatärztliche Verordnungen), die der Patient der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigt. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Behandlungen ohne ärztliche Verordnung (sektorale Heilpraktiker-Leistungen). Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen sowohl für die Erstbehandlung als auch für alle weiteren Folgebehandlungen.

4. Einverständniserklärung

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Die Vergütungssätze sind mir bekannt. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages wird mir auf Wunsch ausgehändigt.

Kalletal, den _____

Ort und Datum

Unterschrift Patient/ in

Unterschrift Mitarbeiter/ in

Datenschutz

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Gemäß der Datenschutzverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 DSGVO und nutzen diese zur Dokumentation des Behandlungsverlaufes und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse.

Die Abrechnung wird dabei von dem Unternehmen NOVENTI Healthcare GmbH, Paulsörter 23, 45657 Recklinghausen, Tel.: 02361/ 9593041 vorgenommen, mit welcher wir eine Auftragsdatenverarbeitungsvertrag geschlossen haben. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Daten auch bei Weitergabe an diesen Dienstleister sicher sind. Des Weiteren werden Ihre Daten an das unsere Praxis betreuende Steuerbüro Korf & Klemme Steuerberatungsgesellschaft, Lemgoer Str. 8, 32657 Lemgo, Tel.: 05261/ 98660 weitergegeben.

Sollten Sie unseren Service zur Vereinbarung bzw. Absage von Terminen, Anfragen und Praxisinformationen per E-Mail nutzen wollen, wird Ihre E-Mail-Adresse/ Telefonnummer einzig zu diesem Zweck bei uns gespeichert. Zudem können administrative Notwendigkeiten, wie in der Kommunikation mit Ihrer zuweisenden Arztpraxis (z.B. Korrektur Ihres Rezeptes oder für Therapieberichte) dazu führen, dass Ihre Daten postalisch oder per Fax übermittelt werden müssen. Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen. Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu erlangen.

Kalletal, den _____

Unterschrift Patient/ in

Ansprech-/ Vertragspartner: Kalle vital Therapie & Training

Inhaber: Mats Bönnemann und Fabian Koch

Herforder Straße 11, 32689 Kalletal

Anamnesebogen

Liebe Patienten/ innen,

bitte versuchen Sie alle Fragen bestmöglich zu beantworten. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren sie diese mit einem Fragezeichen. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind, die Fragen des Anamnesebogens zu beantworten. Dieser Fragebogen dient als Grundlage für genauere physiotherapeutische Untersuchung sowie Behandlung und wird im Anschluss mit dem Therapeuten durchgesprochen.

1) Allgemeine Daten

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

2) Ich komme aus folgendem Anlass

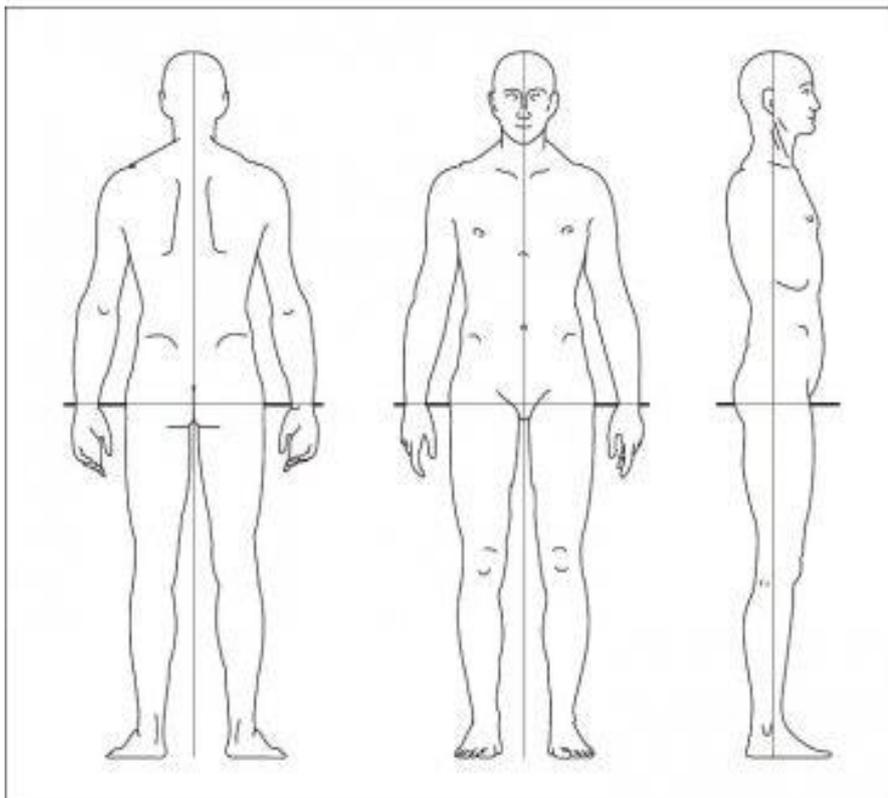
- Schmerz
- Kraftverlust/ Schwäche
- Bewegungseinschränkungen
- Gleichgewichtsschwierigkeiten/ Schwindel
- Koordinationsschwierigkeiten
- Operationen
- Verletzung/ Unfall
- Verspannungen
- Sonstige:

3) Seit wann haben Sie die Beschwerden?

- 4) Bitte geben Sie auf einer Skala von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (sehr starke Schmerzen) Ihren momentanen Schmerz an.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 5) Bitte kreisen sie den jeweiligen Bereich ein



- 6) Schmerzverlauf: Seit dem ersten Auftreten hat/ ist der Schmerz

- Zugenommen
- Abgenommen
- Gleichbleibend
- Ständig da
- Nur zeitweise spürbar
- Zurzeit habe ich keine akuten Schmerzen, aber ich weiß, dass sie immer wieder auftreten können

7) Wie fühlt sich der Schmerz an?

- Stechend, hell
- Dumpf
- Pochend
- Ziehend
- Ist verbunden mit kribbeln
- Warm oder kalt
- Brennend
- Taub
- Verbunden mit Steifigkeit
- Ausstrahlend

8) Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden?

Faktoren	Verschlechterung	Verbesserung
Bewegung		
Im Stehen		
Im Liegen		
Im Sitzen		
In der Nacht		
Am Morgen		
Wärme		
Kälte		
Ärger/ Stress		

9) Können Sie den Schmerz provozieren? Wenn ja, wie?

10) Bewegen Sie sich regelmäßig?

- Ja
- Nein

10.1. Auf welche Art bewegen Sie sich?

- Joggen
- Walken
- Schwimmen
- Fitness-Studio
- Gymnastik
- Sonstige:

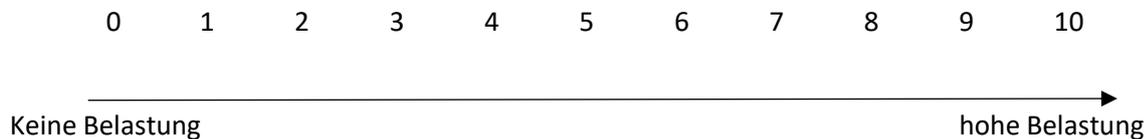
11) Allgemeine Fragen zu Ihrem Befinden:

- Schlafen Sie nachts schlecht?
- Sind Sie oft müde?
- Kommen Sie nicht zur Ruhe?
- Schwitzen Sie nachts oft?
- Haben Sie immer wieder leicht erhöhte Temperatur?
- Sind Ihre Lymphknoten geschwollen oder schmerzhaft?
- Werden sie nachts immer wieder zur gleichen Zeit wach? Wenn ja, wann?

- Haben Sie oft schon morgens Kopfschmerzen?

12) Wie lange schlafen Sie durchschnittlich?

13) Stress-O-Meter und/ oder alltäglicher Stress/ Belastung



14) Welche Medikamente nehmen Sie?

- Blutdruckmittel
- Blutverdünner
- Magensäurehemmende Mittel
- Pille
- Schmerzmittel
- Schilddrüse
- Antidepressivum
- Sonstige:

15) Erfolgte OPs

Datum (Jahr)	Operation

16) Unfälle Stürze, Schleudertraumata

Hier ist zu beachten, dass oft die ältesten Verletzungen den schlimmsten Einfluss auf den Körper haben, weil der Körper viele Jahre Zeit hat, sich anzupassen.

1.

2.

3.

17) Hatten Sie in den letzten Jahren noch andere Beschwerden?

- Ja
- Nein

17.1. Wenn ja, beschreiben Sie diese Beschwerden bitte kurz.

18) Vorerkrankungen

Beschwerden im Herz-Kreislauf-System

- Bluthochdruck
- Zu niedriger Blutdruck
- Beklemmung
- Spürbare Herzschläge
- Herzstolpern

- Herzinfarkt
- OP
- Krampfadern
- Gestaute Beine, Thrombosen oder Embolien

Beschwerden im HNO-Bereich (ankreuzen und das Jeweilige unterstreichen)

- Nasennebenhöhlen, Kieferhöhle, Stirnhöhle, Mittelohr, laufende Nase
- Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit
- Schwindel (ständig, bei Lagewechsel, nur manchmal, abhängig vom Blutdruck)

Beschwerden im Verdauungsapparat

- Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe
- Verstopfung, Durchfälle, Blut im Stuhl
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Nahrungsmittelallergien
- Sodbrennen
- Reizdarm

Bestehen Beschwerden der Atemwege?

- Ja
- Nein

Bestehen Beschwerden im gynäkologischen Bereich?

- Ja
- Nein

Beschwerden im urologischen Bereich

- Blasenentzündung, wie oft?
- Nierensteine
- Reizblase
- Ständiger Harndrang, Probleme beim Wasserlassen/ halten
- Prostata

Sonstige Erkrankungen

- Schilddrüsenerkrankungen
- Tumore
- Diabetes

- Infektanfälligkeit
- Depression
- Krebs
- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Parkinson
- Osteoporose
- Rheuma
- Bluter-Krankheit
- Immunerkrankungen (HIV, Hepatitis)

19) Haben Sie schonmal Physiotherapie bekommen?

- Ja
- Nein

18.1. Wenn ja, wofür haben Sie Physiotherapie bekommen?

20) Was sind Ihre Erwartungen an die Physiotherapie?

21) Welches Ziel möchten Sie am Ende der Therapie erreicht haben?