

## Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit.  
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

---

Name Vorname Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Wohnort

---

### Versicherung

Ich bin von der gesetzlichen Zuzahlung

nicht befreit       befreit seit: \_\_\_\_\_ (bitte Befreiungsausweis vorlegen)

Zur Erleichterung der Kommunikation bitten wir Sie, ergänzend folgende Kontaktdaten einzutragen – freiwillig und soweit vorhanden:

---

Tel. privat Tel. mobil Tel. dienstlich

---

### E-mail

Das Gesundheitswesen sieht nur eine Grundversorgung zur Behandlung Ihrer Beschwerden vor. Dürfen wir Ihnen bei medizinischer Notwendigkeit optionale Heilmittel zum Selbstkostenpreis anbieten?       ja     nein

---

## Information und Einverständnis zu unserer Datenschutzordnung

Der Schutz Ihrer Daten und Ihrer Privatsphäre ist uns wichtig. Deshalb informieren wir Sie im Rahmen unserer *Datenschutzordnung für Patient\*inn\*en und Kund\*inn\*en* über Art, Zweck, Dauer der Verarbeitung und eventuelle Weitergabe Ihrer personengebundenen Daten. Diese *Datenschutzordnung* erhalten Sie bei Ihrer Anmeldung an der Rezeption. Zudem liegt diese im Wartebereich der Praxis aus und kann jederzeit auf unserer Website (<https://physiotherapie-bleibach.de>) eingesehen werden.

Um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem abgestimmte Behandlung zukommen lassen zu können, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Diese Informationen erheben wir gemeinsam mit Ihnen im Gespräch, durch Fragebögen, physiotherapeutische Tests und aus den medizinischen Unterlagen, die Sie uns zur Verfügung stellen.

Diese Daten müssen als Teil der Behandlungsdokumentation so lange archiviert werden, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht von zehn Jahren (vgl. §630f BGB).

Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen, Fotokopien anfertigen und unrichtige Angaben berichtigen oder löschen lassen. Zudem haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten bzw. deren Verarbeitung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft zu widersprechen.

Aus organisatorischen Gründen (z.B. bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung, Therapeut\*inn\*enwechsel, durch die gemeinsame Nutzung der Therapieorganisationssoftware THEORG in der Praxis) haben alle in den Praxisräumen tätigen Physiotherapeut\*inn\*en die Möglichkeit, diese Daten einzusehen.

Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden. Zudem ergreifen wir die gesetzlich erforderlichen Maßnahmen, um Ihre personenbezogenen Daten zu schützen.

**Die Datenschutzordnung für Patient\*inn\*en und Kund\*inn\*en wurde mir zur Verfügung gestellt.**  ja  nein

**Ich bin mit der beschriebenen Datenverarbeitung einverstanden.**  ja  nein

---

## Einwilligung zur Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum

Es gibt eine große Zahl an gesetzlichen Kranken- und Unfallkassen und unsere Patient\*inn\*en sind bei unterschiedlichen Kassen versichert. Für eine effiziente Gestaltung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen an die Kostenträger für Ihre in Anspruch genommenen, gesetzlich verordneten Therapieleistungen der gesetzlichen Kranken- und Unfallkassen durch unseren externen Dienstleister *Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH* (Marienstraße 10, 70178 Stuttgart) bearbeitet. Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.

Wir bitten Sie daher, uns die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdaten und erbrachte Therapiemaßnahmen.

**Ich erteile der Praxis Ralf Eberhardt – Physiotherapie Bleibach für die vollständige Behandlungsreihe die Einwilligung in die Datenweitergabe.**  ja  nein

Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

---

## Regelung zur Terminabsage

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen mindestens **einen Werktag vorher bis spätestens 17 Uhr absagen** muss.

Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit **18 Euro Ausfallbetrag** privat in Rechnung gestellt werden. Entschuldbare Versäumnisse sind Unfall, Krankheit und unvorhergesehene Arbeitsanweisungen des Arbeitgebers. Jedoch ist auch hier eine Absage **unmittelbar** bei bekannt werden und **vor** dem Termin notwendig.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# Screeningbogen



Liebe\*r Patient\*in,

Um eine **sichere und erfolgreiche physiotherapeutische Behandlung** gewährleisten und **andere Beschwerdeursachen ausschließen** zu können, bitten wir Sie, folgenden **Fragebogen auszufüllen** und zu Ihrem **nächsten Termin mitzubringen**.

Ihre Angaben unterliegen der **therapeutischen Schweigepflicht**. Sollte aus unserer Sicht eine weitere ärztliche Abklärung notwendig sein, kontaktieren wir Ihre behandelnde Ärztin / Ihren behandelnden Arzt nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten, indem Sie das entsprechende **Kästchen ankreuzen** oder die **Antwort** in das dafür vorgesehene **Textfeld schreiben**.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese bitte mit einem **Fragezeichen**. Die offenen Fragen sowie die Ergebnisse des Bogens besprechen wir in der Therapie mit Ihnen.

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

<b>A. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie entweder ja oder nein ankreuzen.</b>		
	<b>ja</b>	<b>nein</b>
1. Haben Sie <u>anhaltende</u> Schmerzen, die auch <b>in Ruhe</b> oder <b>bei Lageänderungen nicht abnehmen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie <u>ausschließlich</u> <b>nachts</b> Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie <u>ausschließlich</u> <b>in Ruhe</b> Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben sich Ihre Schmerzen seit Beginn <b>stetig verstärkt</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fühlen Sie sich zurzeit <b>generell unwohl</b> oder <b>krank</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie in den letzten Wochen <b>unerwartet</b> an <b>Gewicht verloren</b> (mehr als 5 kg / Monat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen oft <b>niedergeschlagen</b> , <b>schwermütig</b> oder <b>hoffnungslos</b> gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie in den letzten Wochen <b>ohne erkennbaren Grund Fieber</b> bzw. haben Sie <b>nachts stark geschwitzt</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie kürzlich einen <b>Unfall</b> / eine <b>Verletzung</b> , welche/r <b>ungewöhnliche</b> bzw. <b>unklare Beschwerden</b> nach sich zog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hatten / Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine <b>Infektion</b> oder eine <b>Operation</b> / <b>Injektion</b> (Spritze) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie <b>Gleichgewichtsprobleme</b> oder <b>stürzen</b> Sie manchmal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie bei körperlicher Anstrengung <b>Brustschmerzen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie in den letzten 4 Wochen <b>wenig Interesse</b> / <b>Freude</b> an Ihren Tätigkeiten gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Nehmen oder nahmen Sie dauerhaft <b>Kortikosteroide</b> (z.B. Cortison, Cortisol, Prednison per Prednisolon) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Nun folgen einige Zusatzfragen. Sie brauchen nur die Fragen zu beantworten, die sich auf die Körperregion beziehen, in der Sie Ihre Beschwerden haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen, indem Sie entweder ja oder nein ankreuzen.**

**B1. Zusatzfragen bei Beschwerden im Bereich der Hals- und / oder Brustwirbelsäule**

	ja	nein
1. Haben Sie an sich <b>Gedächtnisstörungen, Verwirrtheit, Bewusstseinsminderung, Schläfrigkeit</b> oder <b>erhöhte Reizbarkeit</b> bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie unter <b>Schwindel</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie <b>Ohrgeräusche / Tinnitus</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie <b>Kiefergelenks-</b> und / oder <b>Schluckbeschwerden</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie <b>Missempfindungen</b> (z. B. Ameisen- / Wasserlaufen am Rücken, Kribbelgefühle in den Beinen, das Gefühl „auf Watte zu gehen“, ein „elektrisierendes Gefühl“ in Armen, Beinen oder Rumpf bei Kopfbewegungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nehmen Sie an sich eine <b>Gangunsicherheit</b> wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden Sie unter <b>Sprachstörungen</b> (z.B. Wortfindungsstörungen, verwaschene Sprache)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Leiden Sie unter <b>Sehstörungen</b> (z.B. Doppelbilder, verschwommenes Sehen, schwarze Punkte, Lichtblitze)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B2. Zusatzfragen bei Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Beckens**

	ja	nein
1. Verlieren Sie manchmal ungewollt <b>Harn</b> oder <b>Stuhl</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie ein <b>Taubheitsgefühl</b> an den <b>Oberschenkelinnenseiten</b> und / oder im <b>Urogenitalbereich</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie einen deutlichen <b>Kraftverlust</b> in <b>beiden Beinen</b> bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie unter einer deutlichen <b>Gangunsicherheit</b> (z.B. Stolpern, Wegknicken eines Beines)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B3. Zusatzfragen bei Beschwerden im Bereich der Arme und Hände**

	ja	nein
1. Sind Sie in den letzten 6 Monaten auf Ihre Hand <b>gestürzt</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie unter <b>plötzlichen Funktionsverlusten</b> der Hand (z.B. plötzliches Fallenlassen von Gegenständen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B4. Zusatzfrage bei Beschwerden im Bereich der Beine und Füße**

	ja	nein
1. Leiden Sie beim Gehen unter einem <b>wiederholten plötzlichen Kontrollverlust / Wegknicken</b> eines oder beider Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. Bitte kreuzen Sie an, ob folgende Krankheiten / Beschwerden bei Ihnen vorliegen. Geben Sie dabei bitte auch an, ob diese ärztlich behandelt wurden / werden.**

	liegt vor	ärztlich behandelt	liegt nicht vor
1. Diabetes („Zuckerkrankheit“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osteoporose („Knochenschwund“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rheumatische Erkrankung (ärztlich diagnostiziert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Arteriosklerose („Arterienverkalkung“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Blutgerinnungsstörungen (z.B. „Bluterkrankheit“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bluthochdruck (über 140 / 90 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kopfschmerzen (regelmäßig, dauerhaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schwindel, Übelkeit und / oder Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Herzerkrankungen (z.B. Rhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hormonstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Depressionen / Burnout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Organstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hepatitis („Leberentzündung“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gut- oder bösartige („Krebs“) Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Andere Leiden oder Krankheiten: Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kennen Sie (ansonsten) einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können? Falls ja: Welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. Bitte notieren Sie, welche Medikamente Sie warum und seit wann einnehmen.**

Medikament	Einnahmegrund	Einnahmedauer

Bei einer Vielzahl von Medikamenten bringen Sie bitte Ihren aktuellen Medikamentenplan zur Kopie mit.

**E. Bitte kreuzen Sie an, ob folgende Erkrankungen in Ihrem engeren Familienkreis (Eltern, Geschwister) aufgetreten sind.**

	ja	nein
1. Arteriosklerose („Arterienverkalkung“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osteoporose („Knochenschwund“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F. Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden bzw. Ihrer Erkrankung mitteilen möchten? Wenn ja, was?**

**Wichtige Information gemäß §630 BGB - Patientenrechtegesetz (PRG):**

Das PRG sieht vor, dass Sie über die Behandlungsmaßnahmen, deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, zu erwartende Erfolgsaussichten und mögliche Risiken sowie Alternativen aufzuklären sind.

Damit wir dies und den Erfolg der Therapie ermöglichen können, ist es notwendig, dass Sie die ausgehändigten Fragebögen ausfüllen, die therapeutischen Ratschläge umsetzen und aktiv mitarbeiten.

Die häufigsten Risiken der Physiotherapie sind in der Regel eine kurzfristige Symptomverstärkung, „Muskelkater“, zeitweilige Ermüdung und ein ausbleibender Therapieerfolg.

Darüber hinaus weisen wir Sie, als gesetzlich versicherte\*n Patientin / Patienten im Alter über 18 Jahren, gemäß PRG darauf hin, dass Sie für ärztlich verordnete Therapie-maßnahmen eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro plus 10% des Rezeptwertes bezahlen müssen, insofern Sie nicht ausdrücklich von dieser befreit sind.

**Hiermit verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere mündliche Aufklärung gemäß §630c Abs. 4 BGB.**

**Hiermit bestätige ich, dass ich den vorliegenden Fragebogen vollständig und mit bestem Wissen ausgefüllt habe.**

Mit der Unterschrift bestätigen Patient\*in und Physiotherapeut\*in, dass alle Fragen und Unklarheiten des Screeningbogens besprochen und geklärt wurden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut\*in