

## Fragebogen

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen vollständig aus. Dieser Fragebogen dient einer ersten Ermittlung ihres Gesundheitszustandes sowie Ihrer Bedürfnisse, um besser auf Ihre Behandlung und Betreuung eingehen zu können (Alle Angaben unterliegen natürlich der Schweigepflicht laut MTD § 11c). Vielen Dank für Ihre Mühe!

### Patient

Titel, Vor- & Zuname:

Adresse:

Geb.-Datum:     Vers.-Nr.:     Krankenkasse:

Zusatzversicherung:

Tel.-Privat:     Tel.-Arbeit:

E-Mail:     Beruf:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Herold                       Suchmaschine                       Überweisung Arzt                       Bekannte/Freunde  
 Sonstiges

### Allgemeine Anamnese:

Größe:  cm    Gewicht:  kg

|  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Bekannte Allergien: .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie):.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis, TBC...): ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörungen: .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes TYP I, II: .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen: .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Z.n. Herzinfarkt: .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher: .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mangeldurchblutung des ZNS (Schlaganfall): .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (Aids, TBC, Hepatitis,...):.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose:.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheumatoide Arthritis .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen: .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

» **Abschließende Patientenaufklärung -siehe Rückseite-**

## Abschließende Patientenaufklärung:

### Ablauf:

- » Für die Therapie benötigen Sie einen Verordnungsschein ihres Arztes.
- » Die chefärztliche Bewilligung übernehmen wir für Sie.
- » Terminvereinbarung.

Bitte nehmen Sie zur Therapie ein Bettlaken bzw. großes Handtuch mit.

### Honorar:

- » Wahltherapeut aller Kassen.
- » Nach Therapie-Ende erhalten Sie eine Honorarnote, die Sie zuerst einzahlen und anschließend bei Ihrer Krankenkasse einreichen.
- » Gemäß den Tarifbestimmungen erhalten Sie von Ihrer Kasse die Therapiekosten rückerstattet. (GKK, BVA, ...)

### Zusatzversicherung:

Sollten sie eine Zusatzversicherung haben, erhalten Sie den Selbstbehalt von Ihrer Zusatzversicherung rückerstattet. Somit entstehen für Sie keinerlei Kosten für die Behandlungen.

(Bitte klären Sie das im Vorfeld mit Ihrer Versicherung ab.)

### Termine:

Um Ihnen Ihre volle Therapiezeit bieten zu können, bitten wir Sie, stets pünktlich zu Ihren Terminen zu kommen.

Sollten Sie aus irgendeinem Grund einen Termin nicht einhalten können, muss der Termin mindestens 48 Stunden vorher abgesagt werden. Nicht abgesagte bzw. versäumte Termine werden verrechnet.

### Parken:

Als Parkplatz stehen ausschließlich die mit 3D Praxis gekennzeichneten Flächen zur Verfügung.

**Ich habe die oben angeführten Bedingungen gelesen und bin damit einverstanden!**

Salzburg, am:

Unterschrift:

Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Website: [www.3D-Praxis.at](http://www.3D-Praxis.at)