



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:

Email: 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:

Ablauf:

- » Für die Therapie benötigen Sie einen Verordnungsschein ihres Arztes.
- » Die chefarztliche 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, ...)
- » Vertragspartner der SVA gewerbl. Wirtschaft.
- » Die Abrechnung für Versicherte der SVA gewerbl. Wirtschaft erfolgt direkt mit Ihrer Kasse (Selbstbehalt bei Teilmassagen € 16,70 pro Anwendung).

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, bitte ich 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:

Es befinden sich ausreichend freie Parkplätze rund um das Gebäude sowie Abstellmöglichkeiten in der Tiefgarage.

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

Wals am:

Unterschrift:

Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Website: www.3D-Praxis.at