

Anmeldeformular und Gesundheitsfragebogen

Name: _____

Vorname: _____

Vor-/Nachname Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

PZL / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat / Handy: _____

Familienstand: _____ Kinder: Ja Nein

Krankenkasse / UVG: _____

Zusatzversicherung: Ja, welche? _____ Nein

Beruf, aktuelle Tätigkeit: _____

Behandlungsgrund: _____

Haben Sie bestehende Beschwerden und Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Kreislaufbeschwerden Schwindel Bluthochdruck Herzerkrankungen

Osteoporose Epilepsie psychische Erkrankungen Andere:

Nehmen Sie regelmässig Medikamente / Homöopathie / etc. Ja Nein

Wenn ja, welche?

Blutdruck Herz Blutverdünner Schmerzmittel Antidepressiva Andere:

Haben Sie Allergien: Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Narben von Operationen oder Unfällen:
Wenn ja, wo und seit wann?

Ja Nein

Sind sie in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung:
Wenn ja, bei wem und für was?

Ja Nein

Gibt es weitere wichtige Informationen? (Schwangerschaft, Süchte, etc.)

Ja Nein

Wünschen Sie die Rechnung per: per E-Mail (über HIN-Adresse) in Papierform

Einverständniserklärung:

Mit dem Ausfüllen dieses Formulars stimmen Sie zu, dass ich Ihre Daten für den internen Gebrauch unter Einhaltung der Schweigepflicht verwenden darf. Sie gestatten mir, im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die erhobenen Daten.

Die vollständige Datenschutzerklärung finden Sie bei mir in der Praxis, auf der Webseite oder fragen Sie mich nach einer ausgedruckten Version.

Die Terminvereinbarung erfolgt unverschlüsselt via Telefon oder Nachrichtendienste. Die Kommunikation via E-Mail geschieht gesichert und verschlüsselt über die HIN E-Mailadresse.

Für die ärztlich verordnete Physiotherapie gelten die Tarife der KK und UVG. Die Selbstzahler-Angebote (Massage, Pilates und ähnliche) werden teilweise von den Zusatzversicherungen anerkannt. Bitte erkundigen Sie sich diesbezüglich im Voraus bei ihrer Krankenkasse oder Unfallversicherung bezüglich einer allfälligen Kostenübernahme.

Vereinbarte Termine müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Ansonsten wird Ihnen die vereinbarte Zeit privat in Rechnung gestellt (pauschal Physiotherapie Termin 70 CHF). Bei Krankheit: bis 09.00 Uhr abgemeldete Termine werden nicht verrechnet.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____