



## Anmeldung

---

Name:

---

Vorname:

---

Geb:

---

Wohnhaft in:

Straße

Ort

Tel:

Handy:

Krankenkasse:

Beihilfe: ja ( ) nein ( ) (bitte ankreuzen)

---

**Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, werden wir Ihnen privat in Rechnung stellen.** Der Leistungserbringer ist nach § 615 BGB dazu berechtigt, da dies eine andere Besetzung nicht mehr möglich macht.

Bitte beachten Sie, dass das Rezept innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung begonnen werden muss, sowie nicht mehr als 10 Tagen unterbrochen werden darf. Eine einmalige Unterbrechung von 20 Tagen pro Rezept bedingt durch Krankheit oder Urlaub ist gestattet. (gilt nur bei den gesetzlichen Krankenversicherungen) Bei privat Versicherte sollten aber auch im Sinne des Behandlungserfolges nicht zu große Zeitabstände liegen, um das Therapieziel zu sichern. Die Abrechnung mit privat Versicherten ist so reguliert, dass Rechnungen innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang zu zahlen sind. Danach tritt gemäß § 286 III BGB ohne weitere Mahnung Verzug ein. Für Zahlungserinnerungen/Mahnungen wird eine Gebühr von mindesten 5,00 € fällig. Die gesetzliche Zuzahlung bei Heilmitteln bleibt davon unberührt und muss vor Behandlungsbeginn entrichtet werden. Sind Sie von der gesetzlichen Zuzahlung befreit, ist diese durch den Befreiungsausweis zu belegen.

Als Honorar für Privatpatienten berechnen wir den 2,3 fachen üblichen Satz und für Beihilfe versicherte Patienten den üblichen 1,8 fachen Satz. Sollten Sie mit Ihrer Krankenversicherung dies bezüglich Schwierigkeiten haben, weisen wir auf die im Anhang aufgeführten Gerichtsurteile hin. Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein großes Handtuch mit, auf das Sie sich legen können.

Sind Sie einmal an Grippe oder bakteriellen ansteckenden Infektionen erkrankt, bitten wir Sie Ihren Behandlungstermin schnellst möglich abzusagen. Die fortlaufende Behandlung führen wir wieder durch wenn Sie vollständig genesen sind. Das schützt nicht nur Ihren Gesundheitszustand sondern auch die der anderen Patienten in unserer Praxis.

Die Vertragsbedingungen erkenne ich an

Eberswalde, den

---

Unterschrift



## Anamneseformular

Die folgenden Angaben dienen zur genauen Analyse ihres Gesundheitsproblems.

### Sozialanamnese

1. Beruf / aktuelle Tätigkeit:
2. Hobbies / Freizeitaktivitäten:
3. Familienstatus:
4. Aktuelles Hauptproblem ( kurze Beschreibung ):
5. Familiäre Erkrankungen:

### Medizinische Vorgeschichte

6. Nebenerkrankungen:
7. Medikamente:
8. Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen, schwere Krankheiten (z.B. Krebs, HIV-positiv, Infektionskrankheiten) oder Verletzungen?
9. Hatten Sie in den letzten drei Monaten einen Unfall oder haben sie sich verletzt?

## Screeningformular

	<b>Beschwerden bitte mit „ja“ oder „nein“ ankreuzen</b>	JA	Nein
1.	Wurden Sie über einen längeren Zeitraum mit Kortikosteroiden („Kortison“) behandelt?		
2.	Fühlen Sie sich oft müde?		
3.	Haben Sie verminderten Appetit?		
4.	Fühlen Sie sich in letzter Zeit oft unwohl oder krank? (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall)		
5.	Haben Sie unklares Fieber oder unerklärlichen Schüttelfrost?		
6.	Schwitzen Sie in der Nacht?		
7.	Hatten Sie in den letzten Monaten ungewollten Gewichtsverlust?		
8.	Haben oder hatten Sie eine bösartige Erkrankung (Krebs)?		
9.	Haben Sie Schmerzen, die sehr plötzlich eingetreten sind oder sehr stark zunehmen?		
10.	Haben Sie ernsthafte Schmerzen während der Nacht?		
11.	Haben Sie ständige Schmerzen, auch bei Ruhe, Bewegung oder veränderter Haltung?		
12.	Haben Sie Taubheitsgefühle an bestimmten Körperstellen?		
13.	Spüren Sie Missempfindungen an bestimmten Körperstellen? (z.B. Kribbeln oder Brennen)		
14.	Spüren Sie einen plötzlichen Kraftverlust in bestimmten Körperteilen?		
15.	Haben Sie in letzter Zeit Schwierigkeiten beim Gehen oder Stürzen sie oft?		
16.	Verlieren Sie ungewollt Urin oder Stuhl?		
17.	Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasserlassen? (z.B. „nicht können“ oder „oft müssen“)		
18.	Haben Sie starken Schwindel oder das Bewusstsein verloren?		
19.	Haben Sie Gedächtnisstörungen oder fühlen Sie sich verwirrt?		
20.	Haben Sie Sehstörungen? (z.B. blinde Flecken, Doppelbilder, verschwommenes Sehen)		
21.	Haben Sie Herz-, Kreislauf- oder Lungenbeschwerden?		
22.	Haben Sie in bestimmten Situationen Schmerzen oder ein enges Gefühl in der Brust?		
23.	Haben Sie in bestimmten Situationen Atemnot?		
24.	Sind Sie abhängig von Drogen, Alkohol oder Medikamenten?		
25.	Sind Sie HIV-positiv bzw. haben Sie Aids?		
26.	Haben Sie häufig Infektionen? (z.B. Harnwegsinfekte)		
27.	Haben Sie Allergien, Hautprobleme?		
28.	Haben Sie deformierte Körperteile? (z.B. Skoliose oder Rundrücken)		
29.	Leiden Sie unter hohen privaten oder beruflichen Stress?		