

ANMELDEFORMULAR

VfB REHA-WELT GMBH & VfB REHA-WELT FELLBACH GMBH

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Straße:	Telefon privat:
PLZ/Wohnort:	Telefon mobil:
E-Mail:	

HINWEIS ZUR TERMINABSAGE:

Mit dem Ausfüllen dieses Formulars nehme ich zur Kenntnis, **dass vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vorher telefonisch abgesagt werden müssen**. Sollte ein Termin nicht rechtzeitig abgesagt oder ohne vorherige Benachrichtigung nicht wahrgenommen werden, sehen wir uns leider gezwungen, Ihnen den ausgefallenen Termin mit dem entsprechenden Wert der geplanten Behandlung privat in Rechnung zu stellen.

DATENSCHUTZ:

Mit der Abgabe dieses Formulars stimmen Sie der Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten zu. Details entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung unter www.vfb.de/datenschutz.

FÜR KASSENPATIENTEN:

☐ Ich bin zuzahlungsbefreit.

Bitte begleichen Sie Ihre Rezeptgebühren bis zum **zweiten Termin**. Die Höhe richtet sich nach dem Wert Ihres Rezeptes.

FÜR PRIVAT- ODER BEIHILFEPATIENTEN:

☐ Ich bin Privat- oder Beihilfepatient.

Hiermit bestätige ich, die jeweils gültigen und ausgehängten Kostensätze anzuerkennen. Diese können die Erstattungssätze der privaten Krankenversicherungen bzw. der Beihilfe übersteigen. Eine Minderung des in Rechnung gestellten Betrags erfolgt hierdurch nicht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Beruf: _____

Hobby/Sport: _____

1. Was Sind die **Hauptbeschwerden**? (Schmerzen, Kribbelercheinungen, Taubheit, Kraftverlust,...)

2. Gab es **einen Auslöser/eine Ursache** für die Beschwerden? (Sturz, Unfall, etc.)

3. Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

4. Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

5. Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten / Niesen / Pressen / Schlucken**?

☐ ja ☐ nein

6. Haben Sie **Gang- und Gleichgewichtsstörungen**?

☐ ja ☐ nein

7. Sind Sie **schwanger**?

☐ ja ☐ nein

8. Haben Sie **Kopfschmerzen**?

☐ ja ☐ nein

9. Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** oder **Schluckstörungen**?

☐ ja ☐ nein

10. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**?

☐ ja ☐ nein

11. Haben oder hatten Sie **Probleme mit den inneren Organen**

(Probleme beim Atmen, Sodbrennen, Verstopfung, Blasenprobleme, etc.)

☐ ja ☐ nein

12. Haben Sie weitere **Erkrankungen/Allergien** (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)

☐ ja ☐ nein

13. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein?

☐ ja ☐ nein

14. Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**?

☐ ja ☐ nein

15. Haben Sie **nachts Schmerzen**?

☐ ja ☐ nein

16. Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**?

☐ ja ☐ nein

17. Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder **nächtliches Schwitzen**?

☐ ja ☐ nein

18. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**?

☐ ja ☐ nein

19. Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen?

(Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)

☐ ja ☐ nein

20. Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet?

☐ ja ☐ nein

21. Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird?

☐ ja ☐ nein

22. Welche **Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)?

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage / Physiotherapie)

WAS SIND IHRE ERWARTUNGEN UND ZIELE FÜR DIE THERAPIE?

DANKE