



**Gesundheitsraum**

Neukeferloh

**PRIVATPRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE**

**ULRIKE BÖTTICHER**

**UND**

**MICHAELA SCHWOERER**

**ERSTANAMNESE / FRAGEBOGEN ZU IHRER  
KRANKHEITSGESCHICHTE**

**SEHR GEEHRTE PATIENTINNEN/EN, BITTE BEANTWORTEN SIE  
KURZ DIE NACHFOLGENDEN FRAGEN.**

**NAME, VORNAME :**

**ADRESSE :**

**TELEFONNUMMER:**

**MAILADRESSE:**

**GEBURTSTAG:**

**VERSICHERUNG: PRIVAT ODER BEIHILFE**

**BERUF:**

**HAUSARZT:**

**SPORT/HOBBY:**

**ALLGEMEINE FRAGEN:**

**1. DERZEITIGE TÄTIGKEIT?**

---

**2. ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN?(Z.B. HERZ-KREISLAUF, LUNGE, HNO, UROGENITAL, DIABETES ETC.)**

---

---

**3. SCHWERE ERKRANKUNGEN IN DER KINDHEIT / PROBLEME BEI IHRER GEBURT?**

---

---

**4. FÜR FRAUEN: HABEN SIE KINDER GEBOREN? WIEVIEL? GAB ES KOMPLIKATIONEN?**

---

---

**5. HATTEN SIE SCHWERE UNFÄLLE? FOLGESCHÄDEN?**

---

---

**6. OPERATIONEN? WELCHER ART UND WANN?**

---

---

**7. NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? WELCHE ?**

---

---

## **JETZIGE BESCHWERDEN**

**WELCHE BESCHWERDEN/SCHMERZEN HABEN SIE ZU MIR GEFÜHRT?**

---

---

**WANN HABEN SIE BEGONNEN? AUSLÖSER?**

---

---

**HABEN SICH DIE SCHMERZEN/BESCHWERDEN MIT DER ZEIT GEÄNDERT (INTENSITÄT/ORT)?**

---

---

**WIE IST DIE QUALITÄT DES SCHMERZES? KRIBBELN, TAUBHEIT, BRENNEND, ZIEHEND, BOHREND ETC.?**

---

---

**ÄNDERT SICH DER SCHMERZ IM LAUFE DES TAGES?**

---

---

**IN WELCHER KÖRPERHALTUNG ÄNDERT SICH DER SCHMERZ?**

---

---

**HABEN SIE ZUSÄTZLICHE BESCHWERDEN?  
(SCHWINDEL, SCHLAFSTÖRUNG, ANTRIEBSMANGEL...?)**

---

---

**WO AUF EINER SCHMERZSKALA 0-10 WÜRDEN SIE IHREN SCHMERZ BEWERTEN? 0-SEHR GUT, 10-SEHR SCHLECHT.**

**0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10**

**LEIDEN SIE UNTER SEELISCHENBELASTUNGEN?  
(Z.B.STRESS,KONFLIKTE,TRAUER...)PFLEGE/VERSORGEN  
SIE EIN FAMILIENMITGLIED?**

---

---

**VORBEHANDLUNGEN? ( THERAPIE, OP, KUR, REHA....)**

---

---

**GAB ES MEDIZINISCHE VORUNTERSUCHUNGEN?  
(ORTHOPÄDE,NEUROLOGIE,ALLGEMEINMEDIZIN.,PSYCH.)**

---

---

---

**WAS SIND IHRE ERWARTUNGEN UND ZIELE FÜR  
DIESE THERAPIE WAS SIND IHRE ERWARTUNGEN UND ZIELE FÜR  
DIE THERAPIE?**

---

---

---

---

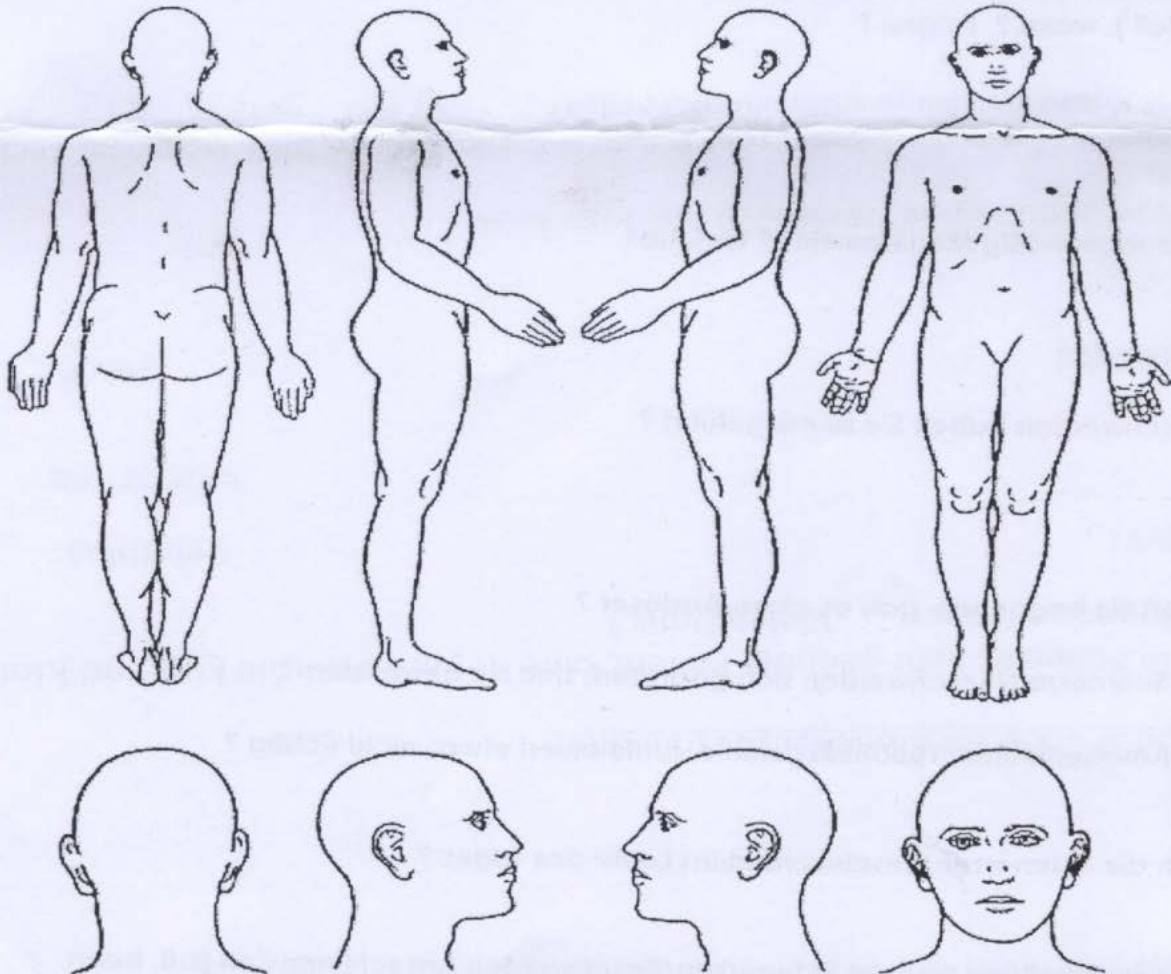
---



# Gesundheitsraum

Neukeferloh

Zeichnen Sie bitte hier ein, wo Sie überall Schmerzen haben.



Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken), kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung können sie mit einem Pfeil (•>) markieren.

**VIELEN DANK FÜR DIE BEANTWORTUNG DER FRAGEN!**

# BEHANDLUNGSVERTRAG FÜR PRIVATPATIENTEN UND SELBSTZAHLER

DER VERTRAG WIRD GESCHLOSSEN ZWISCHEN:  
**ULRIKE BÖTTICHER UND MICHAELA SCHWOERER**  
**PRIVATPRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE,**  
**BRETONISCHER RING 18, 85630 NEUKEFERLOH**

UND

.....

**DIE VERTRAGSPARTNER VEREINBAREN DIE ERBRINGUNG FOLGENDER LEISTUNGEN:**

<b>Behandlungsleistung auf Rezept</b>		<b>Einzelpreis</b>
	Krankengymnastik	27,50 €
	Manuelle Therapie	34,00 €
	Krankengymnastik auf neurologischer Grundlage	50,00 €
	Krankengymnastik am Gerät	55,00 €
	Massage	22,00 €
	Fango (Naturfango)	19,00 €
	Lymphdrainage (30 min)	35,00 €
	Lymphdrainage (45min)	51,00 €
	Lymphdrainage (60min)	68,00 €
	Elektrotherapie/Ultraschall	14,00 €
	Eis	12,00 €
	Hausbesuch	20,50 €
	Tape	10,00 €
<b>Selbstzahler</b>		
	Krankengymnastik mit Hausbesuch	70,00 €
	Wellness Massage (30 min)	35,00 €
	Wellness Massage (60 min)	70,00 €
	Physio Coaching (40min)	60,00 €
	Physio Check (30min)	38,00 €



## **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENSCHUTZVERARBEITUNG**

---

VON  
HERRN/FRAU

.....  
ANSCHRIFT  
.....

ICH BIN EINVERSTANDEN, DASS DURCH DIE PRIVATPRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE  
ULRIKE BÖTTICHER UND MICHAELA SCHWOERER (GESUNDHEITSRAUM  
NEUKEFERLOH) MEINE DATEN ZU FOLGENDEN ZWECKEN ERHOBEN, VERARBEITET  
UND GENUTZT WERDEN: ZUR PFLEGE DER KONTAKTDATEN, DER ERFÜLLUNG DES  
BEHANDLUNGSVERTRAGS, ZUR THERAPEUTISCHEN DOKUMENTATION, ZUR  
ERSTELLEN VON BEHANDLUNGSBERICHTEN UND ARZTBERICHTEN.

ICH BIN DARAUF HINGEWIESEN WORDEN, DASS

- + DIE IM RAHMEN DER VORSTEHENDEN GENANNTEN ZWECK ERHOBENEN  
PERSÖNLICHEN DATEN MEINER PERSON UNTER BEACHTUNG DES DSGVO UND  
DES BDSG ERHOBEN, VERARBEITET, GENUTZT UND ÜBERMITTELT WERDEN.
- + DIE ERHEBUNG, VERARBEITUNG UND NUTZUNG MEINER DATEN AUF  
FREIWILLIGER BASIS ERFOLGT UND DASS ICH MEIN EINVERSTÄNDNIS  
VERWEIGERN MIT DER FOLGE, DASS DER BEHANDLUNGSVERTRAG NICHT  
ERFÜLLT WERDEN KANN/NICHT ZUSTANDE KOMMT UND DIE BEHANDLUNG MIT  
DER KRANKENKASSE NICHT ABGERECHNET WERDEN KANN.
- + ICH BIN JEDERZEIT BERECHTIGT, AUSKUNFT ÜBER DIE ZU MEINER PERSON  
GESPEICHERTEN DATEN ZU VERLANGEN.
- + ICH BIN JEDERZEIT BERECHTIGT, DIE BERICHTIGUNG, LÖSCHUNG ODER  
SPERRUNG EINZELNER PERSONENBEZOGENER DATEN ZU VERLANGEN.
- + ICH BIN JEDERZEIT BERECHTIGT, MIT WIRKUNG FÜR DIE ZUKUNFT DIESE  
EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZU WIDERRUFEN.

IM FALLE DES WIDERRUFS IST DIESER ZU RICHTEN AN:

PRIVATPRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE  
ULRIKE BÖTTICHER UND MICHAELA SCHWOERER  
BRETONISCHER RING 18  
85630 GRASBRUNN

HIER WERDEN MEINE DATEN NACH ABLAUF GESETZLICHER FRISTEN UND FALLS  
SOLCHE NICHT MEHR ZU BEACHTEN SIND, MIT DEM ZUGANG DER  
WILLENSERKLÄRUNG DER PRAXIS GELÖSCHT. DIE PRAXIS WIRD MEINEN  
WIDERRUF AN DIE O.G. DRITTEN WEITERLEITEN, DIE IHRERSEITS DANN MEINE  
DATEN LÖSCHEN.

NEUKEFERLOH, DEN .....

UNTERSCHRIFT:  
.....





