

Anmeldung

Wir freuen uns Sie kennen zu lernen. Es ist uns sehr wichtig Ihnen die bestmögliche Behandlungsqualität zu bieten. Daher benötigen wir umfassende Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte vervollständigen Sie dieses Formular und ergänzen es durch Ihre Untersuchungsberichte, MRI und Röntgenbilder.

Personalien

Anrede:

Name :

Vorname:

Strasse:

PLZ: Ort:

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

Geburtsdatum:

Email:

Notfallkontakt/Tel.:

Beruf:

Ich benötige keine Rechnungskopie

Hausarzt / zuweisender Arzt

Name, Adresse:

Kostenträger

Krankenkasse:

Bei Unfall

Unfallkasse:

Schaden-Nr:

Unfalldatum:

Allgemeine Bedingungen

Diese Anmeldung ist für die bevorstehende und alle folgenden Behandlungen gültig. Alle Ihre Daten werden gemäss Schweizerischem Datenschutzgesetz gehandhabt und streng vertraulich behandelt.

Physiotherapie: Wenn Ihre Angaben korrekt sind und uns eine gültige Verordnung vorliegt, stellen wir die Rechnung direkt dem Kostenträger zu. Bei fehlenden Angaben stellen wir Ihnen die Rechnung persönlich zu. Alle Behandlungskosten, die von Ihrer Krankenkasse/Versicherung nicht übernommen werden, müssen vollständig privat bezahlt werden. Verbrauchsmaterialien, die für die Behandlung notwendig sind, sind teilweise nicht kassenpflichtig und müssen selbst bezahlt werden.

Terminabsagen: Vereinbarte Behandlungstermine, welche nicht wahrgenommen werden können, müssen mindestens 24 Stunden vor der Behandlung abgesagt werden. Bei kurzfristigeren Absagen wird die reservierte Zeit verrechnet.

Einverständniserklärung: Therasport AG wird von mir bevollmächtigt, medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten sowie Vertrauensärzten der Kostenträger auszutauschen

Ich bin einverstanden, dass Therasport die Rechnungskopien aus Gründen der Nachhaltigkeit an meine aktuelle Email-Adresse sendet und diese nur wenn eine solche nicht vorhanden ist per Post verschickt.

Ich akzeptiere die allg. Bedingungen der Therasport AG und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Es ist Schweizer Recht anwendbar.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/-in:

Befundfragebogen

Sind Grund- bzw. Vorerkrankungen bekannt, oder diagnostiziert?

	Nein	Ja	Welche
Herz-Kreislauf-Probleme (Schlaganfall, Herzrhythmusstörung etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutdruck (hoher, niedriger, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungen (Asthma, Tuberkolose, COPD etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebs (Magengeschwüre, Tumore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma/Arthritis (andere entzündl. Gelenkerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien (Medikamente, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autoimmunerkrankungen (HIV, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abhängigkeiten (Medikamente, Alkohol, div. Substanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Leiden Sie unter Symptomen wie:

	Nein	Ja
Unklare Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewollter Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweissausbrüche (nächtl. Schwitzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetit/Durst verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wofür?

Hatten Sie Behandlungen wie Chemotherapie, Bestrahlung, mit Cortison oder andere? Welche, wann?

Hatten Sie Operationen? Welche, wann?

Hatten Sie Unfälle oder Verletzungen? Welche, wann?

Datum/Visum Therapeut:

01 / 11

Datum/Visum Admin Scan: