

Behandlungsablauf/Behandlungsreaktion

Lieber Patient,

der Brief ist für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte lesen Sie ihn sorgfältig durch.

Unser Therapiehaus Parkplatz am Nordring 17, 59423 Unna, können Sie während der Behandlungszeit kostenfrei nutzen (Parkdauer: Behandlungszeit + 45 Minuten).

Da wir als Team Überstunden anbieten, ist es uns möglich ihnen zeitnah einen Termin anzubieten, keine Therapie ausfallen zu lassen, um somit den Therapieerfolg sicherzustellen. Deshalb nutzen Sie bitte das Wissen des gesamten Teams und seien sie dafür auch flexibel in den Uhrzeiten.

Hier wird der Behandlungsablauf beschrieben.

Er verläuft nach den schulmedizinischen Richtlinien wie der Arztvorgabe, den Krankenkassen- und den therapeutischen Vorgaben.

- Im ersten Termin erfolgt der therapeutische Befund zur Arztdiagnose, um dann genau zu analysieren, welche Behandlungstechniken sie insgesamt vom Therapeutenteam BENÖTIGEN!
- Alle Behandlungstechniken vom THERAPIEHAUSTEAM bauen aufeinander auf; zur vorgeschriebenen Behandlungsdokumentation wird auch ihre so wichtige Reaktion dokumentiert; das ist wichtig, um die Dosierung GENAUESTENS anzupassen.
- Die ÄRZTLICHE und von den Krankenkassen sowie die therapeutische WÖCHENTLICHE Frequenz MUSS dabei GENAUESTENS eingehalten werden!
- Die Verordnung muss innerhalb von 4 Wochen begonnen werden.
- AUSSCHLIEßLICH wegen Urlaub ODER Krankheit darf EINMALIG bis zu 4 Wochen unterbrochen werden; ansonsten verfällt die Verordnung.
- MIT BEHANDLUNGSREAKTIONEN werden sie, lieber Patient - meistens 2-7 Tage, auch mal länger reagieren
- sprechen sie BITTE deshalb mit Ihrem Therapeuten, um zusätzliche Maßnahmen anzuwenden und um die Dosierung für Sie optimal anzupassen.

MÖGLICHE REAKTIONEN KÖNNEN sein (Individuell verschieden):

- Kopfschmerzen
- "Muskelkater"
- Schmerzen an behandelten und NICHT BEHANDELTEN Stellen
- Steifigkeit/Unbeweglichkeit immer wieder mal
- Erstverschlimmerung generell (kann sich mehrmals wiederholen)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und die wertvolle Zusammenarbeit

Ihre Schmerzexperten

Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Organisation. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen LEIDER privat für jede angefangen halbe Stunde – mit **40 € in Rechnung stellen**. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkasse zu Ihrem Rezept zu zahlen.

Name	Vorname	Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ	Wohnort

Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil

FAX/E-MAIL (bitte für papierlose Unterlagen angeben)

Krankenkasse	Hausarzt/Facharzt

Zuzahlungen:	Beihilfeberechtigt (Privatpatienten):
--------------	---------------------------------------

☐ nicht befreit	☐ befreit	☐ ja	☐ nein
--	----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wie möchten Sie Ihren Eigenanteil begleichen?

☐ Kartenzahlung vor Ort (Alle gängigen Zahlungsmethoden)	☐ Rechnung
---	-----------------------------------

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Ich bin einverstanden, dass ich bei Nichterreichbarkeit über WhatsApp benachrichtigt werden kann (bei Terminabsage oder ähnlichen Anliegen). Ich akzeptiere die damit verbundene Datenschutzerklärung.

Datenschutzerklärung unter <https://www.das-therapiehaus-unna.de/datenschutzerklaerung-2/>.

☐ ja	☐ nein
-----------------------------	-------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift Patient Erziehungsberechtigten gesetzlicher Vertreter



Anamnese

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

es ist unser Ziel, Sie mit unserem ganzen Wissen und Erfahrung optimal und individuell zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab wichtige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Bitte bringen Sie Ihre Arztberichte und ggf. weitere Berichte von Mitbehandlern zu Ihrem Termin bei uns mit.

Name: _____

Vorname: _____

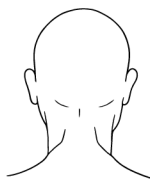
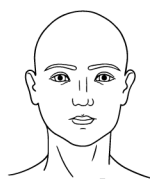
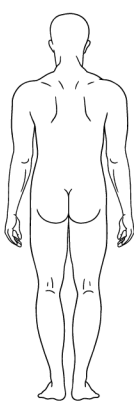
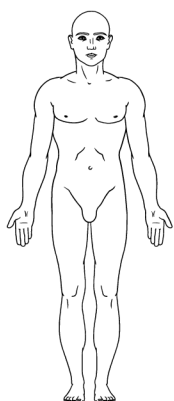
Adresse: _____

Telefon: _____

Alter: _____

Beruf: _____

1. Wo haben Sie Ihre Probleme? (Bitte ankreuzen / einkreisen / einzeichnen / unterstreichen)



2. Wie hoch sind Ihre Schmerzen momentan?

Auf einer Skala von 0 - 10 (0 = keine Schmerzen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal?

Auf einer Skala von 0 - 10 (0 = keine Schmerzen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

5. Leiden Sie unter Migräne?

6. Haben Sie Schmerzen beim Husten, Niesen, Pressen oder Schlucken?

7. Haben Sie nachts Schmerzen?

8. Leiden Sie unter Schwindel/Ohnmachtsanfälle?

- Schluckstörungen?
- Sodbrennen/Verstopfung



9. Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

10. Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbeln, Taubheit)?

11. Haben Sie einen Kraftverlust?

12. Gibt es einen Auslöser für Ihre Probleme (Sturz, Unfall, etc.)

13. Was verbessert Ihre Beschwerden?

14. Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

15. Welche Operationen hatten Sie bisher?

16. Bitte nennen Sie Ihre Diagnosen und Nebendiagnosen. Bitte bringen Sie Ihre Arztberichte inklusive bildgebende Berichte sowie ggf. Berichte von weiteren (Mit-)Behandlern bei der ersten Behandlung mit oder faxen/ mailen/senden Sie uns diese vorteilhafter Weise VORAB mit den anderen ausgefüllten Unterlagen gerne zu

17. Bitte nennen Sie zusätzliche Beschwerden, welche nicht mit den Hauptbeschwerden im Zusammenhang stehen: (Seh-, Sprach-, Hörprobleme, Inkontinenz, Bluthochdruck, Allergien etc.)?

18. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von

Herrn/Frau

Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Praxis „das Therapiehaus“ meine Daten zu folgenden Zweck erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, Erinnerung an Termine, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und /oder die Abrechnungsfirma, Ihre Handynummer an Dritte weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die in dem Rahmen der vorstehenden genannten Zwecken erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden kann.
- 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 Berechtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen

Im Falle der Widerrufsfrist der Widerruf zu reichen an:

Praxis: das Therapiehaus Unna:
Straße: Bahnhofstr. 58.
PLZ, Ort: 59423 Unna

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr beachtet 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.

Den Aushang Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient | Erziehungsberechtigten | gesetzlicher Vertreter



Schweigepflichtentbindung

Zur Durchführung der Therapie in der Praxis

„das Therapiehaus“ und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich

Name des Patienten I Erziehungsberechtigten I gesetzlicher Vertreter

Anschrift

die nachstehend von mir namentlich benannten Personen / Stellen untereinander von ihrer Schweigepflicht und bin insoweit damit einverstanden, dass diese Personen / Stellen, wie nachfolgend beschrieben, Daten untereinander austauschen.

Name der Personen z. B. Ärzte, Lehrer, Therapeuten, Stellen, Anschrift

Therapeuten im „das Therapiehaus Unna“, aktuell behandelnde Ärzte (streichen falls nicht erwünscht)

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumentationen und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf Weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben. Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient | Erziehungsberechtigten | gesetzlicher Vertreter

Information zur Absagepflicht

Vorname, Name

Sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Stunden vorher** absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (innerhalb der 24 Std.)

privat in Höhe von **40 € je angefangene Halbstunde** LEIDER in Rechnung gestellt werden. Dazu gehören u. a. Stau, längere Arbeitszeiten, Krankheitsfälle, Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel.

- Terminabsagen/Terminänderung sind **ausschließlich** mit dem **Praxismanagement** zu klären
- Terminabsagen/Terminänderung bei einem **Therapeuten/in** oder auf einem **Zettel** sind **nicht** gültig
- Terminabsagen/Terminänderung können **jederzeit** (Montag-Sonntag) auf dem **Anrufbeantworter** oder per **E-Mail** ausgesprochen/eingereicht werden
- Wenn Sie plötzlich ins Krankenhaus kommen oder anderweitig abwesend sind und der nächste Termin wird nicht abgesagt, wird dieser in Rechnung gestellt und alle restlichen Termine werden gelöscht, um den Therapieplatz für wartende Patienten zu nutzen. Sollten Sie einen genauen Zeitraum der Abwesenheit angeben und den nächsten Termin nicht absagen; wird dieser ebenfalls in Rechnung gestellt und die restlichen Termine werden gelöscht für wartende Patienten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Gesetzl. Vertreters

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und die wertvolle Zusammenarbeit

Ihre Schmerzexperten