

VfB Reha-Welt GmbH • Anmeldeformular



furchtlos und treu

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____
Straße _____ PLZ / Wohnort _____
Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____
Telefon mobil _____ Email _____

Mit dem Ausfüllen des Formulars nehme ich zur Kenntnis, dass vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vorher telefonisch abgesagt werden müssen. Bei Nichteinhaltung der vereinbarten Termine oder bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen müssen wir Ihnen diese mit dem Wert der ausgefallenen Behandlung privat in Rechnung stellen.

Wir bitten Sie, Ihre Rezeptgebühren bis zum zweiten Termin zu begleichen. Die Höhe der Gebühren richtet sich nach dem Wert Ihres Rezeptes, den Sie gerne bei uns erfragen können.

Bitte ankreuzen, wenn Sie zuzahlungsbefreit sind.

Nur für Privat- und Beihilfepatienten

Bitte ankreuzen, wenn Sie Privat- oder Beihilfepatient sind.

Hiermit bestätige ich, die gültigen und aushängenden Sätze für die verschiedenen Behandlungen zu akzeptieren. Die einzelnen Sätze können zum Teil über den Erstattungssätzen der Privatkassen bzw. über denen der Beihilfe liegen, was den in Rechnung zu stellenden Betrag nicht mindert.

Durch die Übergabe des Formulars werden die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten durch uns erhoben. Zur datenschutzrechtlichen Behandlung der von Ihnen gemachten Angaben verweisen wir im Übrigen auf unsere Datenschutzerklärung, welche unter www.vfb.de/datenschutz abrufbar ist. Auf Nachfrage wird eine Datenschutzerklärung ausgehändigt.

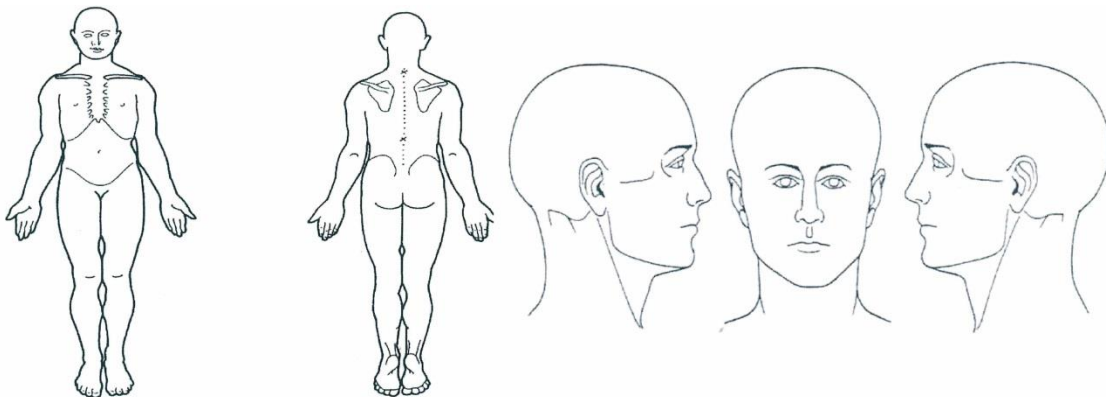
Ort, Datum _____ Unterschrift _____

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 _____

Wo haben Sie Ihre Probleme? (bitte einzeichnen)



1. Was Sind die **Hauptbeschwerden**? _____

2. Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

3. Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

...bitte wenden!



furchtlos und treu

4. Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)? ja nein
5. Haben Sie einen **Kraftverlust**? ja nein
6. Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____
7. **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____
8. Gab es einen **Auslöser/eine Ursache** für die Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.) _____
9. Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen etc.)?

10. Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (siehe oben)?

11. Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen)
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)
12. Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen)
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)
13. Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent / mit Unterbrechungen**
14. Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich** bleibend / **besser** werdend / **verschlechternd**
15. Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten / Niesen / Pressen / Schlucken**? ja nein
16. Haben Sie **Gang- und Gleichgewichtsstörungen**? ja nein
17. Sind Sie **schwanger**? ja nein
18. Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja nein
19. Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** o. **Schluckstörungen**? ja nein
20. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**? ja nein
21. Haben oder hatten Sie **Probleme mit den inneren Organen**
(Probleme beim Atmen, Sodbrennen, Verstopfung, Blasenprobleme, etc.) ja nein
22. Haben Sie weitere **Erkrankungen/Allergien** (z.B. Bluthochdr., Fieber, Unwohlsein etc.) ja nein
23. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja nein
24. Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja nein
25. Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja nein
26. Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein
27. Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder **nächtliches Schwitzen**? ja nein
28. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein
29. Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.) ja nein
30. Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? ja nein
31. Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja nein
32. Welche **Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)
Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage / Physiotherapie / Anderes:

Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? _____
