



Anamneseblatt

Dieser Anamnesebogen wird verwendet, um Ihren derzeitigen Gesundheitszustand zu dokumentieren. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass Sie eine optimale Therapie erhalten, die auf Ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmt ist, und dass ich über eventuelle Probleme informiert bin.

Name:	
Anschrift:	
Telefon::	Mail:
Geburtsdatum:	Versicherungsträger:

Gesundheitszustand	Ja	Nein	Anmerkungen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Blutdruck,...) (jetzt und in der Vergangenheit)			
Erkrankungen des Gefäßsystems			
Beschwerden im Beckenbodenbereich			
Gelenksbeschwerden			
Atemwegserkrankungen			
Diabetes			
HIV, Hepatitis			
Tumorerkrankungen (Jetzt und in der Vergangenheit)			
Allergien			
Medikamente (dauerhaft, momentan)			
Operationen (jetzt und in der Vergangenheit)			
Sonstige Erkrankungen/Beschwerden			

Einwilligung Datenschutzverordnung, AGBs und digitale Kommunikation

Hiermit stimme ich, _____, ausdrücklich zu, dass mich Frau Trummer Lisa (Physiotherapeutin), via Mail, Telefon, oder postalisch zur PatientInnen- /Kundenbetreuung (Terminfixierung, Terminverschiebung, -absagen, Befundanforderungen, etc.) und in weiteren Bereichen der werblichen/geschäftlichen Information kontaktieren und informieren darf.

Ich bin, ausdrücklich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen, personenbezogenen, vertrauenswürdigen und sensiblen Daten, wie Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse, aber auch Sozialversicherungsnummer, Diagnosen, Therapieverlauf und -status inkl. Behandlungsblatt, gemäß MTD und Ärztegesetz 30 Jahre gespeichert werden müssen.

Die Einwilligung zur Datenverwendung kann gem. Art. 7 Abs 3. 2016/679 EU-DGSVO jederzeit widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen berührt wird. Das Widerspruchsrecht kann ohne Angaben von Gründen geltend gemacht werden und die erteilte Einwilligungserklärung der Datennutzung zur werblichen/geschäftlichen und digitalen Kommunikation mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder auch gänzlich zurückgezogen/ widerrufen werden.

Der Widerruf muss schriftlich an Frau Trummer Lisa
Physio-Atelier, Murweg 31, 8430 Leibnitz erfolgen.

Alle Daten die gemäß MTD-Gesetz und Ärzte Gesetz gespeichert werden müssen sind vom Widerruf ausgeschlossen.

Kostenaufklärung:

Ich wurde über die Kosten, welche beinhalten, die Kosten der Einzeltherapie, sowie die Kosten der am Ende verrechneten Gesamteinheiten und evtl. zusätzlichen Aufwände aufgeklärt. Ebenfalls wurde ich über die Rückerstattung meiner jeweiligen Krankenkasse, sowie dessen Vorgehen informiert, ebenso wurde ich in Kenntnis gesetzt, dass ich mich bei meiner zuständigen Krankenkasse für nähere Auskünfte informieren kann. Details hierzu finde ich auch auf der Homepage der jeweiligen Krankenkasse, darauf wurde ich auch von PT Trummer Lisa hingewiesen.

Ohne ärztliche Verordnung können Sie meine Leistungen nur/auch präventiv in Anspruch nehmen. Präventive Leistungen dürfen aus rechtlicher Sicht nur an Gesunden erbracht werden. Sollten Sie z.B. unter Schmerzen leiden oder sollten Ihnen andere behandlungsbedürftige Erkrankungen bekannt sein oder auftreten, teilen Sie mir dies bitte sofort mit.

Vor der Behandlungsserie werden eine ausführliche Anamnese und ein Befund erhoben, welcher Kontraindikationen oder mögliche Ausschlusskriterien abfragt. Veränderungen wie Schwangerschaft, Medikamentenänderungen, bzw. Veränderungen welche Sie selbst an Ihrem Gesundheitszustand wahrnehmen sind von Ihnen bitte selbstständig vor jeder Therapieeinheit bekannt zu geben, um etwaig auftretende Kontraindikationen zu erkennen.

Terminabsagen:

Ich wurde darüber informiert, dass von mir gebuchte Termine, ausschließlich für mich reserviert sind, und Termine, welche nicht spätestens 24 Stunden vorher, ausschließlich telefonisch (NICHT per SMS, WhatsApp, E-Mail etc.), abgesagt werden, in Rechnung gestellt werden. Ebenso wurde ich darüber informiert, dass aus organisatorischen und datenschutzrechtlichen Gründen, Nachrichten via SMS, WhatsApp oder Ähnliches nicht bearbeitet werden können.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und dass Sie ausreichend über den organisatorischen und therapeutischen Ablauf informiert wurden.

Datum: _____

Unterschrift: _____