

Herzlich willkommen in der Ergotherapiepraxis A. Bohmann.

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen den beiliegenden Fragebogen so präzise wie möglich aus, damit wir die bestmögliche Behandlung durchführen und Sie beim Erreichen Ihrer Therapieziele unterstützen können. Vielen Dank.

Patientenfragebogen

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Angehörige: _____

Beruf/erlernter Beruf: _____ Hobbys: _____

Tel.: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____ Zuzahlungsbefreit: ja/nein

gesetzliche KK private KK Beihilfe

überweis. Arzt: _____

Überweisungsgrund: _____

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzl. Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Herzerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Herzoperationen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
andere...			_____

Infektionskrankheiten

HIV	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
andere	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____

Weitere Erkrankungen

Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
andere...			_____

Nehmen Sie Medikamente?

Blutverdünner	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Insulin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
HerzKreislaufmedikamente	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____
Psychopharmaka	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____

AGB/Vertrag

- 1.) Die ergotherapeutische Behandlung kann nur zum Erfolg führen, wenn Sie regelmäßig erfolgt!
- 2.) Als Bestellpraxis arbeiten wir nur nach Terminvereinbarung. Wir sind bemüht, alle vereinbarten Termine, auch bei Krankheit oder Urlaub des Therapeuten zu gewährleisten und ggf. auch kurzfristig Vertretungen bzw. Ersatztermine zu organisieren.
- 3.) Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10% der Gesamtkosten zzgl. 10€ Verwaltungsgebühr und wird zu Beginn der Behandlung von uns eingenommen und quittiert.
- 4.) Sie sind verpflichtet, alle Termine wahrzunehmen, um den Therapieerfolg zu gewährleisten. Sollte dies nicht möglich sein, können die geplanten Termine bis **24 Stunden vorher** gebührenfrei abgesagt werden.
- 5.) Nicht wahrgenommene bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen in Höhe des Ausfalls in Rechnung gestellt. (z.B. sensomotorisch-perzept. Behandlung DAK 38,12€). Der Ausfall ist beim Folgetermin in bar oder mit Karte zu begleichen.

Wie/wobei machen sich die Beschwerden in Alltag/Arbeit/Freizeit bemerkbar?

Was lindert bzw. verstärkt die Beschwerden?

Hatten Sie schon Therapien? Wenn ja, welche?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Berlin, den

Unterschrift Patient