



ANMELDEFORMULAR



Bitte in Blockschrift ausfüllen *Diese Angaben werden zwingend gebraucht.

Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Vorname*	Nachname*	
Strasse*		PLZ*	Ort*
Tel. Mobil*		Tel. Geschäft	Geb Datum*
Tel. Privat*		E-Mail*	
Zuweisender Arzt *		Adresse	
Krankenkasse* (Grundversicherung):			
Haben Sie eine Zusatzversicherung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Rechnungskopie per Email versenden* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>Per 1.1.22 sind alle Dienstleister im Gesundheitswesen gesetzlich verpflichtet, ihren Patienten/innen eine Rechnungskopie zukommen zu lassen</small>			
Franchise: <input type="checkbox"/> 300.- <input type="checkbox"/> 500.- <input type="checkbox"/> 1'000.- <input type="checkbox"/> 1'500.- <input type="checkbox"/> 2'000.- <input type="checkbox"/> 2'500.- <input type="checkbox"/> Kind (unter 18 Jahre)			
Bevorzugte Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> Festnetz, <input type="checkbox"/> Mobil, <input type="checkbox"/> Email, Anders: _____			

Bei **Unfall** die nachfolgenden Felder zusätzlich ausfüllen

Name der Unfallversicherung:	Unfalldatum:
Policen- / Schadennummer:	

Wie haben Sie von uns erfahren?

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Empfehlung von Freunden/Bekannte	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Andere Variante (welche):
Waren Physio Team Bewertungen im Internet (z. Bsp Google reviews) für Sie wichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht			

Einverständniserklärung

Mein/e PhysiotherapeutIn wird von mir bevollmächtigt:

- medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten sowie Vertrauensärzten der Kostenträger auszutauschen.
- falls die Rechnung der Behandlung nicht beglichen wird, die erforderlichen persönlichen Behandlungsdaten sowohl an die rechnungsstellende und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, als auch den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.
- nicht-öffentliche Listen mit säumigen Zahlern anzulegen, welche er/sie mit anderen PhysiotherapeutInnen austauschen darf.

Vereinbarte Behandlungstermine, welche von mir nicht wahrgenommen und nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden, werden mir privat (ohne Anspruch auf Rückerstattung durch die Krankenkassen) in Rechnung gestellt. Alle Behandlungskosten, die von meiner Versicherung/ KK nicht gezahlt werden, übernehme ich vollständig selbst.

Es ist Schweizer Recht anwendbar.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patientin/Patienten

.....

.....

Bitte wenden



ERWEITERTER BEFUNDFRAGEBOGEN

Um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Falls eine Frage unklar ist, lassen Sie sie einfach aus. Alle Angaben sind freiwillig. Wir schauen sie uns später gemeinsam an. Vielen Dank!

Hobbys	Beruf
--------	-------

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Bitte ankreuzen.		
Covid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Long Covid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Thrombosen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere körperliche Beschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Andere psychiatrische Diagnosen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Depression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anfallsleiden, Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere		
Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	