



## ANMELDEFORMULAR

Bitte in Blockschrift oder digital ausfüllen

|  |               |             |       |
|--|---------------|-------------|-------|
| Herr <input type="checkbox"/><br>Frau <input type="checkbox"/>   | Vorname *     | Nachname *  |       |
| Strasse *  |               | PLZ *       | Ort * |
| Tel. Privat *  | Tel. Geschäft | Geb Datum * |       |
| Mobil  | Email         |             |       |
| Zuweisender Arzt *   | Adresse       |             |       |
| Krankenkasse* (Grundversicherung):   |               |             |       |
| Bevorzugte Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> Festnetz, <input type="checkbox"/> Mobil, <input type="checkbox"/> Email, Anders: _____ |               |             |       |

\* Diese Angaben werden zwingend gebraucht.

Bei **Unfall** die nachfolgenden Felder zusätzlich ausfüllen

|                              |
|------------------------------|
| Name der Unfallversicherung: |
| Unfalldatum:                 |
| Policen- / Schadennummer:    |

### 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.

Das Zentrum PlenaVita engagiert sich für die Umwelt und versendet deshalb Ihre Rechnungen möglichst auf elektronischem Weg. 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

.....



|         |              |  |
|---------|--------------|--|
| Vorname | Nachname     |  |
| Strasse | Geburtsdatum |  |

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   |
| <b>Allergien:</b>  |   |
| Sind Sie allergisch gegen Medikamente?                         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche?   |   |
| Reagieren Sie empfindlich auf Latex?                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten? |   |

|   |   |                         |   |
|---|---|-------------------------|---|
| <b>Sind sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?</b>  |   |                         |   |
| Hausarzt  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Psychiater / Psychologe | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteopath   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Physiotherapeut         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Zahnarzt  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Chiropraktiker          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere:   |   |                         |   |
| Datum der letzten Untersuchung:   |   |                         |   |
| Gehen Sie zu den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen?   |   |                         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurden Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Beschwerden bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt? |   |                         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja, um welche ging es?  |   |                         |   |

|  |   |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
| <b>Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Bitte ankreuzen.</b> |   |                       |  |
| 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 |                       |  |
| 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 entzündliche Gelenkerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welcher Art? |  |



|   |   |  |
|---|---|--|
| Osteoporose   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Depression  | <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 |  |
| Sind Sie jemals von Ihrem Partner oder einer anderen Ihnen nahestehenden Person bedroht verletzt oder eingeschüchtert worden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |

**Bitte nennen Sie alle bei Ihnen durchgeführten Operationen und jeden Krankenhausaufenthalt mit Grund und ungefährem Datum:**

|    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
|    |

**Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (zum Beispiel Knochenbrüche, Bandverletzungen und das ungefähre Datum der Verletzung:**

| Datum | Verletzung |
|-------|------------|
|       |            |
|       |            |
|       |            |
|       |            |
|       |            |
|       |            |
|       |            |
|       |            |

**Wurde eines Ihrer Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? Bitte ankreuzen.**

|                                 |   |                                     |   |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Krebs                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzerkrankungen                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hoher Blutdruck                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Depression                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall                    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Nierenerkrankungen                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Entzündliche Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                                     |   |

**Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?**

|                                  |   |  |   |
|----------------------------------|---|--|---|
| Aspirin                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Vitamine, Mineralien (Nahrungsergänzungen) | <input type="checkbox"/> Verordnet <input type="checkbox"/> Nicht verordnet |
| Paracetamol                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Pflanzliche Mittel                         | <input type="checkbox"/> Verordnet <input type="checkbox"/> Nicht verordnet |
| Ibuprofen, Diclofenac etc.       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Andere, nicht verordnete Mittel:           |   |
| Medikamente gegen Magengeschwüre | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |   |



**Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster etc.):**

|    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
|    |

**Genussmittel**

|  |  |
|--|--|
| Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag? |  |
| Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____ Seit wie vielen Jahren?      |  |
| Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?                                    |  |
| An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?                           |  |
| Wie viele Gläser Bier, Wein oder Ähnliches trinken Sie an diesen Tagen?      |  |

**Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu, ungewöhnlich oder atypisch sind:**

|                                  |   |  |   |
|----------------------------------|---|--|---|
| Gewichtsveränderung              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Gelenk-, Muskelschwellung              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Übelkeit, Erbrechen              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Unerklärliche Hämatome (blaue Flecken) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schwindel                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Starke Blutung                         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Müdigkeit                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Atemnot                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schwächegefühl                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Regelmässiges Husten                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Arm-, Beinschwellung                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Zittern                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Schluckbeschwerden                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Anfallsleiden, Epilepsie         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Sodbrennen                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Doppelbilder sehen               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Verstopfung, Durchfall                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Verlust der Sehschärfe           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Blut im Stuhl                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Gerötete Augen                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Klimakterium, Wechseljahre             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hautauschlag                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Probleme beim Wasserlassen             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlafstörungen                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Urininkontinenz                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Störungen in der Sexualfunktion  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Blut im Urin                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nächtliches Schwitzen            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | (mögliche) Schwangerschaft             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hörstörungen                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Stress bei der Arbeit oder zu Hause    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patientin/Patienten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_