

Name: \_\_\_\_\_ SV-Nummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**mein Ziel ist es, sie optimal zu behandeln. Damit das Erreichen ihrer gesundheitlichen Ziele gelingt, möchte ich sie auf wesentliche Rahmenbedingungen in unserer Zusammenarbeit hinweisen.**

Die **ärztliche Diagnose, ein ausführliches Gespräch und eine körperliche Untersuchung** bilden die Grundlage unserer therapeutischen Zusammenarbeit. Ich kläre sie zu ihrem Zustand, ihrer Prognose und den Behandlungsmöglichkeiten auf. **Gemeinsam legen wir Ziele fest**, die sie durch die Therapie erreichen möchten. Mit diesen Informationen wird das Therapieprogramm individuell auf sie abgestimmt. **Bitte teilen sie zu Beginn jeder Therapieeinheit Verbesserungen oder neu hinzugekommene Beschwerden mit** - auch solche, die sie nicht direkt mit ihrer ursprünglichen Problematik in Verbindung bringen!

**Mein therapeutischer Auftrag** ist, sie zurück in ihren Alltag, Beruf und/ oder Sport zu begleiten. Deswegen hat **Aktivität** in meiner Therapie Priorität. Auf dem Weg dahin kann manuelle Therapie ein wichtiger Begleiter sein, um Einschränkungen zu beseitigen. **Ihre aktive Mitarbeit ist im ganzen Therapieprozess unbedingt notwendig!** Die Therapieeinheiten leisten einen wichtigen Beitrag zu ihrer Gesundheit- noch wichtiger ist allerdings, was zwischen den Einheiten in ihrem gewohnten Alltag passiert. Deshalb bekommen sie individuell angepasste Übungen oder Aufgaben. Damit die Therapie sich optimal entwickeln kann, setzen sie diese im verordneten Ausmaß in ihrem Alltag um. **Ihre Fragen sind immer willkommen!**

Für die **Therapiedauer von 45min** stehe ich ausschließlich ihnen zur Verfügung. Bitte kommen sie pünktlich, die Therapiezeit kann nicht nach hinten ausgedehnt werden. Sollten sie einen **Termin verschieben oder stornieren** müssen, tun sie das bitte **mindestens 24 Stunden im Voraus** unter **+43 677 644 026 36 (auf die Mailbox sprechen oder per SMS) oder per E-Mail unter office@tamara-renzhofer.at**. Termine, die nicht zeitgerecht abgesagt werden, stelle ich **unabhängig von der Begründung** in Rechnung.

Bitte bringen sie zur Therapie **bequeme Kleidung** und ein **Leintuch oder großes Badetuch** mit. Zum Ersttermin bringen sie bitte auch relevante Befunde mit.

Eine **Therapieeinheit zu 45min kostet 90€** und ist, wenn nicht anders vereinbart, **in bar zu bezahlen**. Bevor die Therapie startet, lassen sie ihre **Verordnung bei Bedarf chefärztlich bewilligen** (dies hängt von ihrer Krankenkasse ab). **Sie bekommen nach jeder Therapieeinheit einen Barbeleg per e-Mail**. Am Ende der Therapieserie erhalten sie eine Honorarnote über alle geleisteten Termine. Zur Kostenrückerstattung reichen sie die Honorarnote und die Verordnung bei ihrer Krankenkasse ein. Eine private Zusatzversicherung erstattet ggf. den verbleibenden Selbstbehalt.

---

**Um sie optimal zu behandeln, bitte ich vorab um einige Informationen. Bitte füllen sie den Fragenbogen vollständig aus. Danke!**

1.) Was sind ihre **Hauptbeschwerden** im Alltag? \_\_\_\_\_

2.) Haben sie **Schmerzen**?  Ja  Nein

Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

3.) Ist ihre **Beweglichkeit** verändert?  Ja  Nein

4.) Ist ihre **Kraft** verändert? (Lähmung, Schwäche)  Ja  Nein

5.) Weist ihr **Schmerz** eines der **folgenden Merkmale** auf? Wenn ja, bitte ankreuzen:

Brennen  schmerzhafte Kälte  elektrische Schläge

**6.) Treten folgende Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich**

auf? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Kribbeln       Pieksen       Taubheitsgefühl       Juckreiz

**7.) Gab es für ihre Beschwerden einen Auslöser?** (Sturz, Unfall etc.) Wenn ja, was:

Ja    Nein

**8.) Hatten sie Unfälle und/ oder Operationen?** Wenn ja, welche:

Ja    Nein

**9.) Welche Medikamente** nehmen sie regelmäßig/ bei Bedarf ein?

**10.) Wie stark** waren ihre Schmerzen in den letzten zwei Wochen im Schnitt auf einer Skala von 0-10 (0=kein Schmerz, 10=stärkster vorstellbarer Schmerz)

**11.) Sind sie oft unsicher**, wie sie mit ihrem Schmerzzustand **umgehen** sollen?

Ja    Nein

**12.) Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen stark durch Ihre Schmerzen gestört** gefühlt?

Ja    Nein

**13.) Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen?**

Ja    Nein

**14.) Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil?**

Ja    Nein

**15.) Denken Sie, dass Ihr Zustand lange anhalten** wird?

Ja    Nein

**16.) Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv** gefühlt?

Ja    Nein

**17.) Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv** zu sein?

Ja    Nein

**18.) Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger?**

Ja    Nein

**19.) Trifft etwas davon auf sie zu?** Wenn ja, bitte ankreuzen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gang- oder Gleichgewichtsstörung   | <input type="checkbox"/> Schwindel                                    |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit   | <input type="checkbox"/> Krebs/ Tumorerkrankung                       |
| <input type="checkbox"/> Ungewollter Gewichtsverlust  | <input type="checkbox"/> Osteoporose                                  |
| <input type="checkbox"/> Fieber ohne erklärbare Ursache   | <input type="checkbox"/> Nachtschmerzen, nächtliches Schwitzen        |
| <input type="checkbox"/> Herz-/ Kreislauferkrankung (z.B. hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Gefäßerkrankungen, Schlaganfall...) | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD,...)     |
|   | <input type="checkbox"/> Raucher/in seit wann? _____ wie viele? _____ |

**20.) Haben sie sonstige Beschwerden oder Erkrankungen?** (Wenn ja, bitte einkreisen oder ergänzen):

Seh-, Sprech-, Schluck-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, Blutergüsse, Kurzatmigkeit, andere: \_\_\_\_\_

**21.) Haben sie Schlafprobleme?** (einschlafen, durchschlafen, andere) \_\_\_\_\_

**22.) Sind sie regelmäßig körperlich aktiv?** Wenn ja, welche Art von Bewegung? \_\_\_\_\_

Wie viele Minuten pro Woche im Schnitt? \_\_\_\_\_ min

**23.) Sind sie schwanger?**  Ja    Nein

- Ich habe das Patienteninformationsblatt und die AGB gelesen und erkläre mich damit einverstanden.
- Ich habe den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß ausgefüllt.
- Ich erkläre mich mit der Zusendung der Belege per E-Mail einverstanden (Verschlüsselung mit Passwort).
- Ich erkläre mich damit einverstanden, eine Terminerinnerung per SMS zu erhalten.

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_