

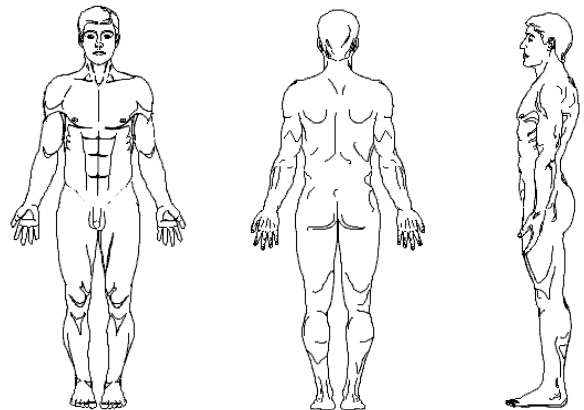
Aufnahmebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir danken Ihnen, dass Sie sich für die Bothfelder Praxis entschieden haben. Für unsere Planung und eine optimale Behandlung bitten wir Sie, nachfolgende Informationen zur Kenntnis zu nehmen:

1. Bringen Sie bitte diesen von ihnen ausgefüllten Bogen und Befunde, die zur zielgerechten Therapie nützlich sein könnten z.B. Röntgen, CT, MRT zur ersten Behandlung mit.
2. Gesetzlich Versicherte entrichten bitte die Rezeptgebühr zum Anfang der Behandlung oder legen ihre Befreiung vor. Bitte achten Sie darauf, dass bei einer Rezeptunterbrechung von mehr als 19 Tagen, die Verordnung die Gültigkeit verliert und vorzeitig abgebrochen werden muß.
3. Privat Versicherte lassen sich bitte vor der Behandlungsserie eine Kostenaufstellung aushändigen. Wir weisen darauf hin, dass unsere Vergütungssätze dem Faktor 1,3 -1,7 der GebÜTh entsprechen.
4. Tragen Sie bitte zur Behandlung bequeme Kleidung.
5. Melden Sie sich zu jeder Behandlung an der Rezeption und quittieren ihre Behandlung auf ihrem Rezept.
6. Bitte haben sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen bei nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagten bzw. versäumten Terminen, diese privat in Rechnung stellen, da wir Sie fest einplanen und einen Therapeuten pünktlich für Sie bereitstellen.
7. Wir möchten darauf hinweisen, dass wir uns vorbehalten, durch Fortbildung, Krankheit oder Urlaub des Therapeuten Ihnen einen anderen Therapeuten zuzuweisen. Teilen Sie uns bitte mit, falls sie explizit einen bestimmten Therapeuten wünschen.
8. Ihre Daten werden bei uns für mindestens 5 Jahre elektronisch gespeichert. Der Datenschutz ist bei uns gewährleistet. Sie entbinden uns von der Schweigepflicht gegenüber Ihrem verordnenden Arzt, um Rücksprache in Ihrem Interesse führen zu können.

Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung den Ort ihrer Probleme an.



.....
.....
▲ Was versprechen Sie sich von der Behandlung?

.....
▲ Haben Sie Schmerzen? Wann bzw. bei welchen Handlungen treten sie auf?

.....
▲ Können Sie die Schmerzen verringern? Wie?

.....
▲ Wie lange leiden Sie schon unter den Schmerzen?

.....
▲ Haben Sie unter Begleitbeschwerden/ -erkrankungen?

.....
▲ Im Falle einer CM Dysfunktion (Kiefergelenkbeh.) bin ich mit einer intraoralen Behandlung einverstanden.

Nutzen Sie bitte die Rückseite zum Notieren und Skizzieren Ihrer speziellen Übungen für zu Hause. Ihr Therapeut ist Ihnen gern dabei behilflich. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Bothfelder Praxis-Team.

Name: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Versicherung: _____

Ich habe den Inhalt zur Kenntnis genommen, korrekte Angaben gemacht und die Bedingungen akzeptiert.

Datum: _____ Unterschrift Patient(in): _____

