

# 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.
3. Privat Versicherte lassen sich bitte vor der Behandlungsserie eine Kostenaufstellung aushändigen. Wir weisen darauf hin, dass unsere Vergütungssätze dem Faktor 0,9 -1,2 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. (*Datenschutzbeauftragte: Frau A. Beißmann*).

**Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung den Ort ihrer Probleme an.  
Schematische Zeichnungen Mann/Frau auf der nächsten Seite!**

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

-----  
▲ Haben Sie Schmerzen? Wann bzw. bei welcher Bewegung treten sie auf?

-----  
▲ Können Sie die Beschwerden verringern? Wie?

-----  
▲ Wie lange leiden Sie schon unter den Beschwerden?

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

Im Falle einer CM Dysfunktion (Kiefergelenkbehandlung)

Ich bin ich mit einer Behandlung im Mundraum einverstanden:  JA  Nein

**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):

---

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

