



# Anmeldung zur Physiotherapie

Bitte füllen Sie die Anmeldung vollständig aus. Vielen Dank! **Pflichtfelder sind mit \* gekennzeichnet!** Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Bei minderjährigen (< 18 Jahre) bedarf es zusätzlich der Angaben und Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten.

Nachname:*	Vorname:*	Geburtsdatum:*
------------	-----------	----------------

Straße mit Hausnummer:*
-------------------------

PLZ:*	Wohnort:*
-------	-----------

Telefon-mobil:	E-Mail Adresse:	Telefon Festnetz:
----------------	-----------------	-------------------

Versicherter (Familienversicherung/Vormund/Erziehungsberechtigter):*	Krankenkasse:*
--	----------------

**Zuzahlung:**

nicht befreit       befreit (Bitte den Befreiungsausweis vorlegen!)

Wenn Sie nicht Zuzahlungsbefreit sind, müssen Sie pro Verordnung eine Zuzahlung leisten. (10€ pro Rezept + 10% der Kosten Ihrer Behandlung) Diese Zuzahlung Rechnung wird Ihnen am Ende Ihrer Verordnung von unserem Dienstleister OPTA DATA per Post zugesendet.

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Stunden** vorher absagen muss und das unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen Ihnen privat in Rechnung gestellt werden (**gemäß § 615**).

**Diese Kosten belaufen sich zwischen 29€ - 70€ je nach Behandlungsart.**

- **KG-ZNS 45,63€**
- **KG 28,73€**
- **MLD-30 34,88€; MLD-45 52,29€; MLD-60 69,74€**
- **MT 39,80€**
- **KMT 20,97€**

**Bitte auch die nachfolgenden Blätter beachten!**

Datum:*	Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Vormund:*
---------	---



## Aufklärung Physiotherapie

Die Physiotherapie orientiert sich bei der Behandlung an den Beschwerden und den Einschränkungen der Funktion und Aktivität. Durch einen Befund erstellen wir einen Behandlungsplan, der durch Aufklärung ergänzt wird. Gegebenenfalls wird sie ergänzt durch natürliche physikalische Reize (z. B. **Wärme, Kälte, Druck**, etc.) und fördert die Eigenaktivität durch Übungen für Muskelfunktion, Koordination und Wahrnehmung des Patienten. Die Behandlung ist an die anatomischen und physiologischen und kognitiven Gegebenheiten des Patienten angepasst. Dabei zielt die Behandlung auf eine **physiologische Reaktion** des Körpers und besseres Verständnis der Erkrankung ab. Dies wird unter anderem durch **Weichteiltechniken**, die an dem Körper, im Fall der Kiefergelenksbehandlung auch im Mund, stattfinden können. Ergänzt durch **Dehnungs- und Kräftigungsübungen**, ist das Behandlungsziel die Wiederherstellung, Erhaltung, Förderung der Gesundheit und natürlich die Schmerzreduktion bzw. die Schmerzfreiheit. Darüber hinaus können auch entstauende Techniken (MLD) Teil der Behandlung sein.

**Nach der Therapie kann es zu Schwindel, blauen Flecken, Muskelkater und einer anfänglichen Verschlechterung kommen. Das sind die Physiologischen Antworten auf eine Überreizung und kein Grund zur Sorge.**

Bitte Teilen Sie uns und Ihrem Therapeuten mit, wenn sie vorhergehende Erkrankungen haben, wie zum Beispiel:

- **Herz-, Kreislauferkrankungen:** Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Bypass-OP, Thrombose, etc.
- **Erkrankungen am Bewegungsapparat:** Rheuma, Arthrose, Osteoporose, Bandscheibenvorfälle, etc.
- **Stoffwechselerkrankungen:** Diabetes Mellitus I –II, Gicht, etc.

**ACHTUNG! Fieberige Erkrankungen, insbesondere der Atemwege, sind eine Kontraindikation für die Therapie. Bitte sagen Sie Ihren Termin, insbesondere bei Schnupfen, Husten und Erkältung rechtzeitig ab!**

Berichten Sie bitte ihrem Therapeuten auch von **Prothesen, Medikamenten** und **akuten Problemen** wie zum Beispiel: **Fieber, akuten Entzündungen, frischen Operationen, etc.**

Datum:*	Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Vormund:*
---------	---