

Anamnesebogen

Sebastian Jurochnik · Physiotherapie und Personal Training · Rudolfstraße 10C, 41068 Mönchengladbach ·
info@sebastian-jurochnik.de

Bitte füllen Sie den Bogen vor Ihrem ersten Termin aus. Sie können ihn am Tablet oder am Computer ausfüllen oder ausdrucken. Die letzte Seite braucht Ihre Unterschrift. Schicken Sie mir den Bogen spätestens 24 Stunden vor dem Termin per E-Mail, per Post oder über meinen Briefkasten. So kann ich mich gezielt auf Sie vorbereiten. Es gibt keine falschen Antworten. Schreiben Sie in Ihren eigenen Worten, wie Sie es erleben. Fragen, die Sie nicht verstehen oder nicht beantworten möchten, lassen Sie frei. Wir gehen den Bogen im Termin gemeinsam durch. Bringen Sie bitte Ihre Verordnung, Arztbriefe oder Befunde und eine Liste Ihrer Medikamente mit.

Zu Ihrer Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
Beruf oder Tätigkeit	Verordnende Ärztin oder verordnender Arzt

Versichert: ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ gesetzlich, als Selbstzahler ☐ private Zusatzversicherung
Von mir erfahren über: ☐ Google ☐ Empfehlung ☐ Ärztin oder Arzt ☐ Instagram
☐ anderes: _____

Was Sie zu mir führt

1 Was führt Sie zu mir?

Erzählen Sie in Ihren eigenen Worten, was Sie beschäftigt.

2 Was möchten Sie wieder können?

Wann und wie es begann

3 Seit wann haben Sie die Beschwerden, wegen der Sie kommen?

☐ weniger als 6 Wochen ☐ 6 Wochen bis 3 Monate ☐ 3 bis 12 Monate ☐ länger als ein Jahr

4 Haben Sie weitere Beschwerden?

Seit wann, und welche Beschwerde kam zuerst?

5 Wie haben die Beschwerden begonnen?

☐ plötzlich ☐ schleichend

6 Gab es einen Auslöser?

☐ Unfall oder Sturz ☐ Überlastung ☐ Operation ☐ Infekt ☐ Zahnbehandlung ☐ belastende Lebensphase
☐ weiß ich nicht ☐ anderes: _____

7 Wie ging es in den ersten Tagen nach dem Beginn weiter?

- ☐ sofort stark, dann langsam besser ☐ am stärksten erst Stunden oder Tage später
☐ erst besser, dann wieder schlechter ☐ weiß ich nicht mehr

8 Wie entwickeln sich die Beschwerden heute?

- ☐ werden besser ☐ bleiben gleich ☐ werden schlechter ☐ wechseln ☐ kommen in Schüben mit freien Zeiten

9 Hatten Sie diese Beschwerden schon einmal?

- ☐ nein ☐ ja, wann: _____

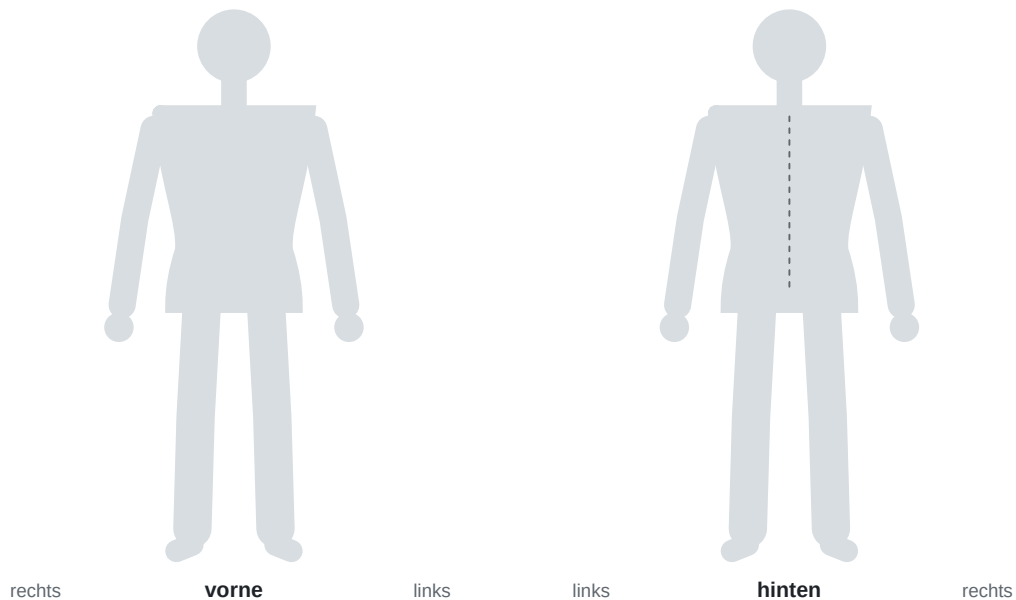
10 Was wurde bisher dagegen unternommen, und was hat es gebracht?

Zeitraum und Art der Behandlung, auch Medikamente

Wo und wie es sich anfühlt

11 Zeichnen Sie ein, wo Sie Beschwerden haben.

X für Schmerz, Pfeil für Ausstrahlung, Kreis für Kribbeln oder Taubheit.



12 Welche Bereiche sind betroffen?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Kopf oder Gesicht | ☐ Kiefer | ☐ Nacken |
| ☐ Schulter oder Oberarm | ☐ Ellenbogen, Unterarm oder Hand | ☐ zwischen den Schulterblättern |
| ☐ Brustkorb oder Rippen | ☐ Bauch | ☐ unterer Rücken |
| ☐ Becken, Gesäß oder Leiste | ☐ Hüfte | ☐ Oberschenkel oder Knie |
| ☐ Unterschenkel oder Fuß | | |

Seite: ☐ links ☐ rechts ☐ beide Seiten ☐ in der Mitte

13 Wie würden Sie die Stelle beschreiben?

Mehrere Kreuze möglich.

- | | |
|---|--|
| ☐ Ich kann mit einem Finger auf die Stelle zeigen. | ☐ Es ist eher eine Fläche. |
| ☐ Es zieht als Streifen in den Arm oder das Bein. | ☐ Es tut an mehreren Stellen im Körper weh. |
| ☐ Das Gebiet ist mit der Zeit größer geworden. | |

14 Mit welchen Worten würden Sie die Beschwerden beschreiben?

Kreuzen Sie alles an, was passt.

Es fühlt sich an:

- ☐ dumpf oder drückend ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend
☐ kribbelnd oder elektrisierend ☐ einschließend wie ein Stromschlag ☐ taub ☐ pochend
☐ krampfartig oder in Wellen

Es ist für mich:

- ☐ lästig ☐ zermürend ☐ quälend ☐ beängstigend ☐ lähmend ☐ unerträglich

Eigene Worte: _____

15 Wie stark sind die Beschwerden?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
jetzt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	0 = keine
letzte Woche, am schwächsten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	10 = stärkste vorstellbar
letzte Woche, am stärksten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

16 Bemerken Sie zusammen mit den Beschwerden noch etwas anderes?

- ☐ Schwindel ☐ Übelkeit ☐ Schwitzen ☐ Herzklopfen ☐ Kopfschmerzen ☐ Sehstörungen
☐ Ohrgeräusche ☐ Atemnot ☐ starke Müdigkeit ☐ nichts davon

Was die Beschwerden auslöst und lindert

17 Können Sie die Beschwerden auslösen oder verstärken?

Kreuzen Sie an, wobei es passiert.

☐ nein, sie kommen und gehen ohne erkennbaren Grund

in Ruhe: ☐ im Stehen ☐ im Sitzen ☐ in Rückenlage ☐ in Bauchlage ☐ in Seitenlage

in Bewegung: ☐ beim Gehen ☐ beim Bücken ☐ beim Heben oder Tragen ☐ beim Aufstehen aus dem Sitzen
☐ beim Treppensteigen ☐ beim Drehen des Oberkörpers ☐ beim Drehen oder Neigen des Kopfes
☐ beim Heben des Arms über den Kopf

außerdem: ☐ beim Husten, Niesen oder Pressen ☐ bei Druck auf die Stelle ☐ nach längerer Belastung
☐ anderes: _____

18 Wie viel braucht es, bis die Beschwerden kommen, und wie schnell klingen sie wieder ab?

Auslösen: ☐ schon eine kleine Bewegung reicht ☐ erst stärkere oder längere Belastung

Abklingen: ☐ in wenigen Minuten ☐ innerhalb einer Stunde ☐ erst nach Stunden
☐ erst am nächsten Tag oder später

19 Können Sie die Beschwerden lindern?

Kreuzen Sie an, was hilft.

☐ nein, nichts hilft

in Ruhe: ☐ Stehen ☐ Sitzen ☐ Rückenlage ☐ Bauchlage ☐ Seitenlage
☐ Liegen mit hochgelegten Beinen

in Bewegung: ☐ Bewegung oder Gehen ☐ Dehnen ☐ Entlasten, etwa Arm abstützen

außerdem: ☐ Wärme ☐ Kälte ☐ Druck oder Massage ☐ Schmerzmittel
☐ anderes: _____

20 Wie wirken entzündungshemmende Schmerzmittel wie Ibuprofen oder Diclofenac?

☐ deutlich ☐ etwas ☐ gar nicht ☐ nicht ausprobiert

21 Was passiert, wenn Sie sich längere Zeit bewegen?

- ☐ Es wird besser und bleibt besser, solange ich in Bewegung bin. ☐ Am Anfang tut es weh, dann geht es, bei längerer Belastung wird es wieder schlechter.
☐ Je länger ich mich belaste, desto stärker wird es. ☐ Bewegung ändert nichts.

22 Und wenn Sie sich längere Zeit ausruhen?

☐ Ruhe hilft ☐ Ruhe ändert nichts ☐ In Ruhe wird es schlimmer

23 Wie lange sind Sie morgens nach dem Aufstehen steif?

☐ gar nicht ☐ weniger als 30 Minuten ☐ 30 bis 60 Minuten ☐ länger als eine Stunde

24 Wann sind die Beschwerden am stärksten?

Tageszeit: ☐ morgens ☐ im Lauf des Tages zunehmend ☐ abends ☐ nachts ☐ kein Unterschied

Jahreszeit: ☐ kein Unterschied ☐ stärker im _____

25 Wie sind Ihre Nächte wegen der Beschwerden?

☐ Ich schlafe durch. ☐ Ich wache auf, wenn ich auf der Stelle liege oder mich drehe.
☐ Ich wache in der zweiten Nachthälfte auf, Aufstehen und Bewegen helfen. ☐ Ich wache auf, egal wie ich liege.
☐ Ich wache nicht regelmäßig zur gleichen Uhrzeit auf. ☐ Ich wache meist gegen _____ Uhr auf.

26 Hängen die Beschwerden mit etwas davon zusammen?

Mehrere Kreuze möglich.

☐ Essen oder bestimmte Speisen ☐ Stuhlgang ☐ Wasserlassen ☐ tiefes Atmen ☐ Zyklus
☐ Treppensteigen oder körperliche Anstrengung ☐ Stress oder Ärger ☐ Wetterwechsel ☐ Kälte oder Nässe
☐ nichts davon

27 Wandern die Beschwerden oder wechseln sie die Körperseite?

☐ nein ☐ ja

In der betroffenen Region

28 Bemerken Sie dort etwas davon?

Vergleichen Sie mit der anderen Körperseite.

☐ wärmer als die andere Seite	☐ kälter als die andere Seite
☐ gerötet	☐ blass, bläulich oder fleckig
☐ geschwollen, ohne Verletzung	☐ Spannungs- oder Schweregefühl
☐ schwitzt anders als die andere Seite	☐ Gänsehaut ohne Grund
☐ Haare oder Nägel wachsen anders	☐ Haut glänzt oder ist dünner geworden
☐ kleine Wunden heilen langsam	☐ leichte Berührung oder Kleidung tut weh
☐ Kribbeln oder Taubheit	☐ weniger Kraft
☐ Knirschen oder Reiben im Gelenk	☐ Gelenk blockiert oder gibt nach
☐ nichts davon	

29 Sind Sie seit Beginn der Beschwerden allgemein empfindlicher geworden?

☐ helles Licht ☐ Geräusche ☐ Gerüche ☐ Kälte ☐ Druck auf Muskeln ☐ nichts davon

Sicherheitsfragen

30 Trifft in den letzten Wochen etwas davon auf Sie zu?

Diese Fragen stelle ich allen Patienten.

☐ ungewollt mehr als 5 kg abgenommen	☐ Fieber oder starkes Nachtschwitzen
☐ nächtliche Schmerzen, die in keiner Lage besser werden	☐ Taubheit im Gesäß oder im Genitalbereich
☐ neue Probleme beim Wasserlassen oder beim Stuhlgang	☐ zunehmende Schwäche in Armen oder Beinen
☐ Brustschmerz oder Atemnot bei Belastung	☐ plötzlich sehr starke Kopfschmerzen
☐ neu aufgetretener Schwindel	☐ neue Seh- oder Sprachstörungen
☐ ein Bein ist einseitig geschwollen und warm	☐ Blut im Stuhl, im Urin oder beim Husten
☐ Sturz oder Unfall in den letzten Wochen	☐ eine Krebserkrankung, heute oder früher
☐ nichts davon	

Ihre Vorgeschichte

31 Welche Erkrankungen oder Diagnosen hatten Sie bisher, auch in der Kindheit, und wie wurden sie behandelt?

Jahr und Diagnose, ohne einfache Erkältungen. Röntgen-, MRT- oder OP-Berichte bringen Sie bitte mit, falls Sie sie haben.

32 Hatten Sie jemals eine dieser Erkrankungen?

- ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber ☐ Borreliose ☐ Hepatitis ☐ Lippen- oder Genitalherpes ☐ Gürtelrose
☐ Pilzerkrankung ☐ keine davon

33 Hatten Sie immer wieder Entzündungen in diesen Bereichen?

- ☐ Atemwege ☐ Nasennebenhöhlen ☐ Mandeln ☐ Ohren ☐ Augen ☐ Haut ☐ Blase oder Niere
☐ sonstige: _____ ☐ nein

34 Welche Operationen hatten Sie?

Jahr und Art der Operation

35 Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche oder größere Verletzungen?

Jahr und Art

36 Haben Sie Narben, Piercings oder Tattoos?

Bei Narben: Wie fühlen sie sich an?

- ☐ Narbe empfindlich ☐ Narbe taub ☐ Narbe juckt ☐ Narbe verhärtet ☐ Narbe schlecht verheilt ☐ Piercing
☐ Tattoo ☐ nichts davon ☐ wo: _____

37 Welche Zähne wurden behandelt?

Kreuzen Sie den Zahn an und tragen Sie darunter ein, wann was gemacht wurde. Wichtig sind Wurzelbehandlung, Wurzelspitzenresektion, gezogene Zähne, Implantate und Brücken. Einzelne Füllungen müssen Sie nicht angeben.

Oberkiefer																
rechts									links							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Unterkiefer																
Zahn	Wann		Was wurde gemacht													
_____	_____		_____													
_____	_____		_____													
_____	_____		_____													

38 Was ist mit Ihren Weisheitszähnen?

18 ist oben rechts, 28 oben links, 38 unten links, 48 unten rechts.

- 18** ☐ vorhanden ☐ nicht angelegt ☐ nicht durchgebrochen ☐ schief ☐ entfernt, Jahr: _____
28 ☐ vorhanden ☐ nicht angelegt ☐ nicht durchgebrochen ☐ schief ☐ entfernt, Jahr: _____
38 ☐ vorhanden ☐ nicht angelegt ☐ nicht durchgebrochen ☐ schief ☐ entfernt, Jahr: _____
48 ☐ vorhanden ☐ nicht angelegt ☐ nicht durchgebrochen ☐ schief ☐ entfernt, Jahr: _____

39 Gibt es etwas am Kiefer?

- ☐ Kiefergelenkbeschwerden ☐ Knirschen oder Pressen ☐ Zahnsperre, heute oder früher ☐ nichts davon

40 Welche Erkrankungen sind bei Ihnen heute bekannt?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzerkrankung | ☐ Diabetes |
| ☐ Schilddrüse | ☐ Asthma oder Lungenerkrankung | ☐ Magen oder Darm |
| ☐ Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa | ☐ Leber oder Galle | ☐ Niere oder Blase |
| ☐ Rheuma oder Autoimmunerkrankung | ☐ Gicht | ☐ Arthrose |
| ☐ Schuppenflechte | ☐ Migräne | ☐ neurologische Erkrankung |
| ☐ Fibromyalgie | ☐ Osteoporose | ☐ Blutgerinnungsstörung |
| ☐ Allergien | ☐ Unverträglichkeiten | ☐ psychische Erkrankung in Behandlung |
| ☐ Herzschrittmacher oder anderes Implantat | ☐ keine | |

Welche Allergien oder Unverträglichkeiten?

41 Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Name, Dosierung und wofür

Darunter: ☐ Blutverdünner ☐ Kortison ☐ Hormone, auch die Pille ☐ Schmerzmittel ☐ Cholesterinsenker

42 Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche?

43 Sind Sie schwanger oder könnten Sie es sein?

☐ nein ☐ ja ☐ möglich ☐ trifft nicht zu

Ihre Körpersysteme

44 Kommt etwas davon bei Ihnen öfter vor?

Auch wenn es nichts mit Ihren Beschwerden zu tun zu haben scheint.

- | | |
|------------------------|---|
| Bewegung | ☐ Muskelkrämpfe ☐ sehr bewegliche, überstreckbare Gelenke ☐ Gelenke schwellen an |
| | ☐ Einlagen ☐ Fußfehlstellung, etwa Senk-, Spreiz- oder Hohlfuß |
| Nerven | ☐ Kopfschmerzen ☐ Kribbeln oder Taubheit an anderen Stellen ☐ Zittern ☐ unsicherer Gang |
| Sinne | ☐ Brille oder Kontaktlinsen ☐ Sehstörungen ☐ Augen ermüden am Bildschirm |
| | ☐ Ohrgeräusche ☐ Schwindel ☐ Riechen oder Schmecken verändert |
| Herz, Kreislauf | ☐ Herzstolpern oder Herzrasen in Ruhe ☐ schwarz vor Augen beim Aufstehen |
| | ☐ kalte Hände oder Füße ☐ Wadenschmerz beim Gehen, der im Stehen nachlässt |
| Lymph | ☐ abends geschwollene Knöchel ☐ Wassereinlagerungen ☐ oft geschwollene Lymphknoten |
| Atmung | ☐ schnell außer Atem ☐ kann nicht richtig durchatmen ☐ häufiger Husten |
| | ☐ Nase oft verstopft |
| Verdauung | ☐ Blähungen ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Sodbrennen ☐ Völlegefühl ☐ Übelkeit |
| | ☐ vertrage fettes Essen schlecht |
| Niere, Blase | ☐ häufiger Harndrang ☐ nachts mehr als einmal zur Toilette ☐ Blasenentzündungen |
| | ☐ ungewollter Urinverlust Ich trinke etwa _____ Liter am Tag. |
| Abwehr, Blut | ☐ mehrmals im Jahr krank ☐ Infekte dauern lange ☐ blaue Flecken ohne Grund |
| Hormone, Zyklus | ☐ unregelmäßiger Zyklus ☐ schmerzhafte Periode ☐ Beschwerden ändern sich mit dem Zyklus |
| | ☐ Wechseljahre ☐ hormonelle Verhütung |
| Haut | ☐ trockene Haut ☐ Ausschlag oder Ekzem ☐ häufiger Juckreiz |
| Wärmehaushalt | ☐ friere leicht ☐ schwitze leicht ☐ spüre Wetterwechsel im Körper |
| | ☐ nichts davon |

Ihre Familie

45 Welche Erkrankungen gibt es bei Ihren Eltern, Geschwistern oder Kindern?

- ☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt oder Schlaganfall ☐ Diabetes ☐ Krebs ☐ Rheuma oder Morbus Bechterew
☐ Schuppenflechte ☐ Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa ☐ Depression ☐ Migräne
☐ andere: _____ ☐ keine ☐ weiß ich nicht

Ihr Alltag

46 Was können Sie wegen der Beschwerden im Moment nicht oder nur eingeschränkt tun?

- ☐ arbeiten ☐ Haushalt ☐ Kinder oder Angehörige versorgen ☐ Sport ☐ Hobby ☐ Auto fahren
☐ schlafen ☐ anderes: _____ ☐ nichts davon

47 Sind Sie wegen der Beschwerden krankgeschrieben?

- ☐ nein ☐ ja, seit _____ ☐ trifft nicht zu

48 Machen Sie sich wegen der Beschwerden Sorgen, etwa um Ihre Arbeit, Ihr Hobby oder Ihre Zukunft?

- ☐ nein ☐ etwas ☐ sehr

49 Wie viele Stunden sitzen Sie an einem normalen Tag?

50 Welchen Sport machen Sie heute, und welchen haben Sie früher gemacht?

Sportart, wie oft und in welchem Alter. Haben Sie ein sportliches Ziel, etwa einen Wettkampf?

51 Rauchen Sie, und wie oft trinken Sie Alkohol?

Rauchen: ☐ nein ☐ ja, _____ am Tag

Alkohol: ☐ selten oder nie ☐ mehrmals pro Woche ☐ täglich

52 Ernähren Sie sich auf eine bestimmte Weise, etwa vegetarisch oder vegan?

Wie geht es Ihnen insgesamt?

53 Wie schlafen Sie?

- ☐ schlafe schwer ein ☐ wache nachts oft auf ☐ wache unerholt auf ☐ gut Stunden pro Nacht: _____

54 Wie hoch war Ihre Belastung in den letzten vier Wochen?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
im Beruf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	0 = keine
privat	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	10 = extrem

55 Wie oft traf das in den letzten zwei Wochen auf Sie zu?

	selten	manchmal	oft
tagsüber erschöpft	☐	☐	☐
Konzentrieren oder Merken fällt schwer	☐	☐	☐
niedergeschlagen	☐	☐	☐
ängstlich oder angespannt	☐	☐	☐
kann schwer abschalten, auch abends im Bett	☐	☐	☐
unter Druck Herzklopfen, Magen- oder Darmbeschwerden oder Schwindel	☐	☐	☐

56 Gab es um den Beginn der Beschwerden herum ein belastendes Ereignis?

- ☐ nein ☐ ja ☐ darüber spreche ich lieber im Termin

57 Was tut Ihnen gut und gibt Ihnen Kraft?

Zum Schluss

58 Was glauben Sie selbst, woher die Beschwerden kommen? Was wurde Ihnen bisher dazu gesagt?

59 Was würde Ihnen Ihrer Meinung nach helfen?

60 Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig ist, oder haben Sie Fragen an mich?

Datenschutzinformation

Verantwortlich

Sebastian Jurochnik, Rudolfstraße 10C, 41068 Mönchengladbach, info@sebastian-jurochnik.de.

Wofür ich Ihre Daten verarbeite

Ich nutze Ihre Angaben, um Sie zu untersuchen und zu behandeln, die Behandlung zu dokumentieren und sie abzurechnen. Rechtsgrundlagen sind Art. 6 Abs. 1 lit. b und c sowie Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG. Für die freiwilligen Einwilligungen auf der letzten Seite gelten Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Die Angabe, wie Sie von mir erfahren haben, werte ich nur für meine eigene Praxis aus (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO).

Schweigepflicht

Als Physiotherapeut unterliege ich der Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Wer Ihre Daten bekommt

Ich gebe Ihre Daten nur weiter, wenn Sie eingewilligt haben oder ein Gesetz mich dazu verpflichtet. Dienstleister, die ich für Praxisverwaltung und Buchhaltung einsetze, verarbeiten Daten nur in meinem Auftrag und nach meinen Weisungen.

Wie lange ich Ihre Daten aufbewahre

Die Behandlungsdokumentation bewahre ich zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung auf (§ 630f Abs. 3 BGB), Rechnungen so lange, wie es das Steuerrecht vorschreibt. Danach lösche ich die Daten.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch (Art. 15 bis 21 DSGVO). Eine Einwilligung können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen. Beschwerden können Sie sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde, in Nordrhein-Westfalen ist das die LDI NRW in Düsseldorf.

Müssen Sie die Angaben machen?

Die Angaben sind freiwillig. Ohne Angaben zu Vorerkrankungen, Medikamenten und den Sicherheitsfragen kann ich Sie aber nicht sicher behandeln.

Vor Ihrer Unterschrift

Zu meiner Arbeitsweise

Ich untersuche, wie Sie sich bewegen und wie belastbar Sie sind. Ergänzend nutze ich einen manuellen Muskeltest und ziehe Modelle wie Akupunkturmeridiane und Reflexzonen heran. Diese Verfahren sind wissenschaftlich nicht als Diagnoseverfahren belegt und liefern keinen objektiven Messwert. Ich prüfe jedes Ergebnis mit der klassischen physiotherapeutischen Untersuchung. Ihre Antworten in diesem Bogen helfen mir, die Untersuchung vorzubereiten. Sie ersetzen sie nicht. Die Diagnose stellt Ihre Ärztin oder Ihr Arzt.

Verordnung und Kosten

Physiotherapie führe ich nur mit ärztlicher Verordnung durch. Ich habe keine Kassenzulassung, die Rechnung bezahlen Sie selbst. Ob und wie viel Ihre private Versicherung oder die Beihilfe erstattet, hängt von Ihrem Tarif ab.

Terminabsagen

Für jeden Termin plane ich Zeit nur für Sie ein. Sagen Sie einen Termin bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Wenn Sie später absagen oder nicht kommen, berechne ich eine Ausfallpauschale von 75 Euro. Sie zahlen die Pauschale nicht oder nur zum Teil, wenn Sie nachweisen, dass mir durch den Ausfall kein Schaden oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist (§ 309 Nr. 5 BGB).

Freiwillige Einwilligungen

Ich entbinde Sebastian Jurochnik gegenüber meiner verordnenden Ärztin oder meinem verordnenden Arzt von der Schweigepflicht, damit Befunde und Behandlungsverlauf ausgetauscht werden können.

☐ ja ☐ nein Name der Ärztin oder des Arztes: _____

Ich bin einverstanden, dass wir Termine, Übungen und Befunde per unverschlüsselter E-Mail austauschen. Das gilt auch für diesen Bogen. Mir ist bewusst, dass Dritte unverschlüsselte E-Mails mitlesen können.

☐ ja ☐ nein

Beide Einwilligungen können Sie jederzeit ohne Nachteile für die Zukunft widerrufen.

Bestätigung

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet und die Hinweise auf dieser Seite und die Datenschutzinformation gelesen. Mit der Regelung zu Terminabsagen bin ich einverstanden. Wenn sich etwas ändert, etwa bei neuen Medikamenten oder einer Schwangerschaft, sage ich Bescheid.

Ort, Datum

Unterschrift