

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir bitten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse gewissenhaft vor der Behandlung auszufüllen, damit wir auf Ihre individuellen Bedürfnisse eingehen können. Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen des Bogens benötigen oder Fragen haben, steht Ihnen unser Personal selbstverständlich zur Verfügung!

Eine aktuelle und vollständige Medikamentenliste ist zu jedem Termin mitzubringen!

Persönliche Daten:

Name: Versicherter:

Adresse: Krankenkasse/ Selbstzahler:

..... Sozialversicherungsnummer:

Telefon: Geburtsdatum:

E-Mail: Hausarzt:

Ich möchte Informationen über Terminänderungen und Terminerinnerungen per SMS erhalten.

JA NEIN

Diese Zustimmung kann jederzeit per E-Mail (ambulatorien@bvaeb.at) widerrufen werden.

Gesundheitsfragebogen:

1) Nehmen Sie Medikamente ein? **JA NEIN**

Wenn ja, welche?

.....

2) Leiden Sie unter Allergien/ Medikamentenunverträglichkeit? **JA NEIN**

Wenn ja, an welcher?

.....

3) Nehmen Sie ein blutverdünnendes Medikament ein?(Marcoumar Sintrom Pradaxa ThromboASS Clopidogrel/Plavix) **JA NEIN**

Andere?

.....

4) Haben sie Metall im Körper? **JA NEIN**

(Bsp.: Schrauben/ Platten künstliches Gelenk/ Endoprothese Implantate Herzschrittmacher)

Andere?

.....

5) Operationen? **JA NEIN**

(Bsp.: Herzschrittmacher/Defi Mandeln Blinddarm Leistenbruch Gallenblase Gebärmutter Prostata Gelenke künstliches Gelenk Prothesen Bandscheiben)

Andere?

.....

6) Haben Sie weitere Vorerkrankungen? **JA NEIN**

Wenn ja, welche?

.....

7) Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? **JA NEIN**

(Bsp.: Hepatitis, HIV,...) **Wenn ja, welche?**

.....

Bitte wenden!

- 8) Erhöhter Blutzucker/Zuckerkrankheit (Diabetes)? **JA** **NEIN**
- 9) Bluthochdruck? **JA** **NEIN**
- 10) Herzinfarkt? **JA** **NEIN**
- 11) Thrombose? **JA** **NEIN**
- 12) Reuma?
(Bsp.: chron. Polyarthrit Psoriasis Arthritis
M. Bechterew)
Andere?
-

- 13) Hautverletzungen, Tatoos im zu therapierenden Bereich oder Hauterkrankungen?
(Bsp.: Schuppenflechte/Psoriasis) **Andere?**
-

- 14) Hatten sie jemals Krampfanfälle (Epilepsie)? **JA** **NEIN**
- 15) Bandscheibenvorfall (Prolaps)? **JA** **NEIN**
- 16) Sind Sie derzeit schwanger? **JA** **NEIN**
- 17) Haben Sie eine Physikalische Therapie einmal schlecht vertragen? **JA** **NEIN**
- 18) Waren sie innerhalb des letzten Monats in Spitalsbehandlung? **JA** **NEIN**
- 19) Wann hatten Sie letztmalig Therapien in einem Physikalischen Institut?
-

Die Wahrung Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig:
Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten
(Name, Vers.Nr., medizinischen Angaben)
hiermit ausdrücklich zu. **JA** **NEIN**

Informationen nach Artikel 13 und 14 DSGVO betreffender die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter www.bvaeb.at/Datenschutz.

Gem. Art 7 Abs 3 DSGVO kann ich jederzeit meine Einwilligung widerrufen.
Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit per Mail an datenschutz@bvaeb.at widerrufen.

RISIKOAUFKLÄRUNG

Es kann im Zuge der Elektrotherapie zu Verätzungen im Behandlungsbereich kommen. Bei Massage, Ultraschall und Packungen kann es zu lokalen Hautirritationen und allergischen Reaktionen kommen.
Sollten bei der Behandlung Komplikationen auftreten, bitte sofort den/die Therapeuten/Therapeutin informieren.

Ich habe den Text dieser Risikoauflklärung gelesen und seinen Inhalt verstanden bzw. erläutert bekommen und willige in die geplante Behandlung ein. **JA** **NEIN**

Wien, am: Unterschrift Patient / gesetzliche Vertretung.....