

Patientenname (Kind/Baby): _____ Soz.Vers.Nr.: _____

Versicherter (Mutter/Vater): _____ Soz.Vers.Nr.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Email: _____ Tel.: _____

Wie sind Sie auf Physiobalance aufmerksam geworden?

Praxisschild Flyer pers. Empfehlung Website Soziale Medien Sonstiges: _____

Fragen zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand:

- | | | |
|--|------|--------|
| • Nehmen Sie Medikamente? | 0 ja | 0 nein |
| • Haben Sie Kunstgelenke (Hüfte, etc.) oder andere Metalle im Körper? | 0 ja | 0 nein |
| • Haben Sie Gefühlsstörungen in den Armen und Beinen? | 0 ja | 0 nein |
| • Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber über 38 Grad? | 0 ja | 0 nein |
| • Nur für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | 0 ja | 0 nein |
| • Hatten Sie Probleme mit Ihrem Herz (Infarkt, Angina pectoris)? | 0 ja | 0 nein |
| • Sind Ihnen Schilddrüsenprobleme bekannt? | 0 ja | 0 nein |
| • Gibt es durchgeführte Operationen / Narben? | 0 ja | 0 nein |
| • Haben Sie Probleme mit Ihren Gefäßen (Thrombose, Bypass, etc.)? | 0 ja | 0 nein |
| • Leiden Sie unter Asthma / Allergien / Unverträglichkeiten / Schlafstörungen? | 0 ja | 0 nein |
| • Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? (wie oft? _____ / letzter Impftermin am: _____) | 0 ja | 0 nein |

Organisatorisches:

- **Bitte bringen Sie zu Ihrer Behandlung ein Leintuch oder ein großes Badetuch mit! DANKE.** Lange vergessene Badetücher werden an caritative Einrichtungen weitergegeben.
- **Die erste Therapieeinheit dient hauptsächlich zur genauen Befunderhebung (ca. bis zu 45 min, ev. auch länger)!**

Ich erkläre, in Kenntnis der nachstehenden Bestimmungen zu sein und diese verpflichtend zur Kenntnis zu nehmen:

- Die Therapieeinteilung erfolgt erst nach ärztlicher Zuweisung; präventive und alternative Behandlungsmethoden haben keinen Anspruch auf Kostenzuschuss der Krankenkassen (wie z.B. Osteopathie, APM, NABI, etc.). Eine **ärztliche Verordnung für Osteopathie** ist jedoch aus rechtlichen Gründen **zum ersten Behandlungstermin** mitzubringen!
- **Eine Therapieeinheit kostet für Erwachsene €105,00 (Dauer ca. 45-60 min.). Die Erstbehandlung bei Babys/Kindern kostet €105,00 (Dauer ca. 45-60 min. inkl. ausführlichem Anamnesegespräch). Folgetermine Babys/Kinder kosten €60,00 (Dauer ca. 20-30 min.) bzw. €82,00 (Dauer ca. 30-45 min.).**
- Die Therapiezeit kann von der Therapeutin während einer Behandlungseinheit je nach Behandlungsverlauf ohne vorheriger Ankündigung verkürzt oder verlängert werden. **Eine minutengenaue Abrechnung ist bei ganzheitlichen Behandlungen nicht möglich!**
- Ich nehme die derzeit gültigen Behandlungskonditionen und -tarife zur Kenntnis, dies gilt auch für die Verrechnungsmodalitäten mit meiner Sozialversicherung wie auch von einem von mir zu tragenden **Selbstbehalt**.
- **Eine Therapieabsage hat spätestens 48 Stunden (bzw. 2 Werktage) vor dem vereinbarten Termin zu erfolgen, da mir ansonsten die Kosten für die Therapie voll verrechnet werden!**
- Die Honorarnoten sind innerhalb von 7 Tagen nach Zugang abzugsfrei zur Anweisung zu bringen. Bei langfristigem Zahlungsverzug können mir Mahngebühren in der Höhe von EUR 10,00 in Rechnung gestellt. Wird die offene Honorarnote trotz Mahnung nicht beglichen, wird diese an ein Inkassobüro weitergeleitet wodurch mir zusätzliche Kosten entstehen.
- **Ich stimme der elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu.**
- Ich wurde über das Ergebnis des therapeutischen Befundes, über die Art und Ablauf der Behandlungen, über mögliche **Behandlungsrisiken**, mögliche Begleiterscheinungen der Behandlungen und die **Wichtigkeit der Mitarbeit zum gewünschten Behandlungserfolg aufgeklärt.**
- Die Praxis haftet nicht für mitgebrachte Gegenstände und Wertsachen.
- Ich hafter für vorsätzliche und grob fahrlässige Beschädigungen der Praxiseinrichtungen.
- Ich habe die Geschäftsbedingungen von Physiobalance gelesen und zur Kenntnis genommen. Diese liegen in der Praxis auf bzw. können unter www.physiobalance.at unter Patienteninfo eingesehen werden.
- Im Sinne des § 104JN wird für den Fall von Streitigkeiten als ausschließlicher Gerichtsstand das Bezirksgericht Salzburg vereinbart.

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____