

# PREHAB LAB

YOUR HEALTH · OUR MISSION

## PATIENTENNAME

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Zweiter Vorname: \_\_\_\_\_

Falls minderjährig: Name Eltern/Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

## PATIENTENDATEN

Geschlecht: (eins umkreisen) **M / W** Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber / Beruf: \_\_\_\_\_

Strasse und Hausnummer: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Kanton: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Festnetz: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

Notfallkontakt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## WIE HABEN SIE UNS GEFUNDEN?

Empfehlung vom Arzt     Empfehlung von Freunden     Empfehlung vom HighFive     Google     Website

Ich war schonmal hier     Sonstiges: \_\_\_\_\_

## ÜBERWEISENDER ARZT (falls zutreffend)

Arzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## VERSICHERUNGSANGABEN

### Krankenversicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer (80 ...): \_\_\_\_\_ OP-Datum: \_\_\_\_\_

### Unfallversicherung (falls zutreffend)

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ Unfalldatum: \_\_\_\_\_ Unfallnummer: \_\_\_\_\_ OP-Datum: \_\_\_\_\_

### Selbstzahler

## ANAMNESE

Derzeitige Sportarten/Aktivitäten: \_\_\_\_\_

Art der Arbeit: \_\_\_\_\_ ausserhalb der Arbeit, sind Sie:  sehr aktiv  beschäftigt  sesshaft

Weshalb werden Sie bei uns vorstellig? \_\_\_\_\_

Derzeitige Medikamente: \_\_\_\_\_ Sind Sie schwanger? (eins umkreisen) **J / N**

Führen Sie alle früheren orthopädischen Verletzungen/Operationen mit Datum auf: \_\_\_\_\_

### Leiden Sie unter einem der folgenden Probleme? (alle zutreffenden Punkte ankreuzen)

Asthma  HIV  Diabetes  Hauterkrankungen: \_\_\_\_\_  
 Multiple Sklerose  Krebs  Arthritis  Ansteckende Krankheiten: \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlungen (aktuelle Problematik):  Physiotherapie  Chiropraktiker  Massage  Akupunktur

Welche Ziele haben Sie in Bezug auf Ihren Zustand? \_\_\_\_\_

Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen, dass die von mir gemachten Angaben richtig sind: \_\_\_\_\_

## AGBs

Falls Sie einen Termin absagen müssen, bitten wir Sie, uns so schnell wie möglich zu informieren. Termine, die nicht innerhalb von 24 Stunden im Voraus abgesagt werden, werden Ihnen persönlich in Rechnung gestellt (abgesagte oder versäumte Termine werden nicht von der Versicherung übernommen). Sie können Termine per Telefon, Anrufbeantworter oder E-Mail absagen. Wenn Sie eine gültige ärztliche Überweisung zur Physiotherapie haben, werden die Kosten für die verordnete Behandlung in der Regel von Ihrer Krankenkasse übernommen. In manchen Fällen kann es jedoch vorkommen, dass weder die Unfallversicherung noch die Krankenkasse die Behandlungskosten übernimmt. In diesem Fall sind Sie als Patient für die Kostenübernahme verantwortlich. Wenn Sie keine gültige ärztliche Überweisung haben und als Privatzahler zu uns kommen, erhalten Sie eine monatliche Rechnung. Auf Wunsch können die Behandlungen auch in bar oder über TWINT vor Ort bezahlt werden. Alle Patienten müssen für die Benutzung des Physiotherapie- und Fitnessbereichs saubere Turnschuhe tragen und wir bitten darum, dass Mobiltelefone während der Behandlungen auf stumm gestellt werden.

Ich habe die AGBs gelesen und stimme zu: (Unterschrift) \_\_\_\_\_

## GENEHMIGUNG ZUR WEITERGABE VON INFORMATIONEN

Prehab Lab und ihre Therapeuten dürfen Ihre medizinischen Daten an überweisende oder weiterbehandelnde Ärzte und Therapeuten weitergeben. Damit die Rechnung von Ihrer Kranken- oder Unfallversicherung übernommen wird, schicken wir sie direkt an die Versicherung. Hierfür leiten wir die notwendigen Patientendaten an MediData weiter. Ein effizienter und sicherer Datenaustausch ist gewährleistet. Eine Kopie Ihrer Behandlungsrechnung wird Ihnen per E-Mail zugesandt.

Ich habe die Genehmigung zur Weitergabe von Informationen gelesen und stimme zu: (Unterschrift) \_\_\_\_\_

**DANKE, DASS SIE SICH FÜR PREHAB LAB ENTSCHIEDEN HABEN!**