

## Anmeldung

Wir freuen uns, Sie bald kennenzulernen. Für die umfassende Behandlung benötigen wir Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte laden Sie das PDF herunter und senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an [info@therapiekreuzplatz.ch](mailto:info@therapiekreuzplatz.ch), oder bringen Sie den Ausdruck zum ersten Termin mit. Bitte denken Sie an aktuelle Untersuchungsberichte (Röntgen, MRI usw.).

### Personalien

---

Name	Vorname	W	M
Strasse	PLZ, Ort		
Telefon Privat	Telefon Geschäft		
Telefon Mobil	Email		
Geburtsdatum	Beruf		

### Hausarzt/zuweisender Arzt

---

Name

---

### Kostenträger

---

### Für Physiotherapie

Krankenkasse

---

Unfallkasse inkl. Schadennummer

---

Unfalldatum

---

### Für Osteopathie und Med. Massage

Zusatzversicherung

---

### Allgemeine Bedingungen

**Physiotherapie:** Wenn Ihre Angaben korrekt sind und uns eine gültige Verordnung vorliegt, stellen wir die Rechnung direkt dem Kostenträger zu. Bei fehlenden Angaben stellen wir Ihnen die Rechnung zu. Verbrauchsmaterialien die für die Behandlung notwendig sind, sind teilweise nicht kassenpflichtig und müssen selbst bezahlt werden.

**Osteopathie, Cranio, Massage:** In der Regel wird ein Teil der Behandlung von Ihrer Zusatzversicherung übernommen. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Kasse über den Anteil der Übernahme.

**Terminabsage:** Termine müssen mindestens 24 Stunden vor der Konsultation abgesagt werden. Bei kurzfristigeren Absagen wird Ihnen die reservierte Zeit privat in Rechnung gestellt. Diese Anmeldung ist für die bevorstehende und alle folgenden Behandlungen gültig.

## Sind Grund- bzw. Vorerkrankungen bekannt?

	Nein	Ja	Welche
Herz-Kreislauf			
Blutdruck			
Lungen			
Tumore, Krebs			
Osteoporose			
Rheuma/Arthritis			
Epilepsie			
Allergien			
Diabetes			
Autoimmunerkrankung			
Weitere			

## Leiden Sie unter Symptomen wie:

	Nein	Ja
Unklare Erschöpfung		
Ungewollter Gewichtsverlust		
Schweissausbrüche		
Appetit/Durst verändert		

## Welche Medikamente nehmen Sie ein und wofür?


## Hatten Sie schwerwiegende Behandlungen wie Chemotherapie, Bestrahlung, Cortison oder andere? Welche, wann?


## Hatten Sie Operationen? Welche, wann?


## Hatten Sie Unfälle oder Verletzungen? Welche, wann?


## Gibt es noch etwas, was Sie erwähnen möchten?

(Schwangerschaft, Ängste, persönliche Situation, Suchterkrankungen oder anderes)

--

Ich akzeptiere die Bedingungen der Therapie Kreuzplatz und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum \_\_\_\_\_