



Stefanie Staub
Praxis für PhysioSystemische Therapie,
Natur- & Gesundheitscoaching
Eigerstrasse 42
3007 Bern

praxis@stefanie-staub.ch
www.stefanie-staub.ch

Anmeldeformular

Name: Vorname:
Strasse: PLZ, Ort:
Geb.datum: Nationalität:
Beruf: E-Mail:
Telefon: Mobil:
Erziehungsberechtigte*r (bei Minderjährigen):

Notwendige Angaben mit einer gültigen Physiotherapieverordnung:

Krankenkassen-Grundversicherung:
Unfall-Grundversicherung:
Schadens-Nr. Unfalldatum:

Zuweisung

Zuweisende(r) Arzt/Ärztin: Ort:
Hausarzt/Hausärztin: Ort:
Zahnarzt/ Zahnärztin: Ort:
Selbstzuweisung: ja nein

Wie wurden sie auf mich aufmerksam?

- Vorschlag Hausarzt Vorschlag Spezialarzt Google, Internet
 persönliche Empfehlung Vorschlag andere Therapeut*in
 anderes:

Bitte alle 4 Seiten ausfüllen!

Datenschutzerklärung

Die Datenschutzerklärung finden sie auf der Homepage und sie ist im Warteraum aufgelegt.

Ergänzung zur Online-Anmeldung

- Ich bin einverstanden, dass Stefanie Staub mit einem unverschlüsselten Email-Programm mit mir kommuniziert oder die Rechnung schickt. Ich schicke keine Emails, wenn ich damit nicht einverstanden bin. (fakultativ)

Rahmen unserer Zusammenarbeit

Bitte kreuzen sie als Ergänzung zum Online-Einverständnis bei der Buchung das entsprechende Feld zum Einverständnis hier an.

- Für Kund*innen, die online gebucht haben: Sie haben die Bedingungen (AGBs) der Physio-Systemische Therapie (ehemals HeadMind-Therapie) online bereits zur Kenntnis genommen und akzeptiert.
- Für Kund*innen, die nicht online gebucht haben:
Ich habe verstanden, dass die PhysioSystemische Therapie ein Selbstzahlerangebot ist und sich die Kosten mit einer gültigen Physiotherapie-Verordnung reduzieren. Die Therapiedauer am Patienten beträgt 50 Min. Zusammen mit der mind. zehnmütigen Vor- und Nachbereitungszeit kostet diese CHF 135 und die I. Sitzung CHF 160. Weitere 10 Minuten werden mit CHF 20 verrechnet und verkürzte Termine entsprechend reduziert.
Bei einer gültigen Verordnung wird die Leistung der Grundversicherung z.B. Tarif 7301 CHF 49.44 (bei KVG Kt. Bern) und für die erste Sitzung der Tarif 7350 CHF 24.70 (bei KVG Kt. Bern) abgezogen. Die UVG und der Kt. Thurgau bezahlen nur CHF 48.00.
- Stefanie Staub ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Informationen mit zuweisenden Ärzt*innen auszutauschen. (fakultativ)
- Zu Beginn der Behandlung sind wöchentliche Termine ideal. Sobald ich weiss, was ich selber für meinen Körper machen kann, reichen Termine alle 2-4 Wochen. Längere Abstände sind nicht/selten empfohlen um den "Faden" nicht zu verlieren. Ich informiere Stefanie Staub, wenn ich die Therapie beenden möchte.

Die Therapie soll ihnen und ihrem Anliegen dienen und so ablaufen, dass sie sich wohl fühlen. Die Verantwortung für Methoden- oder Therapievorschläge liegt bei Stefanie Staub. Ich passe die Therapie mit Blick auf ihr Anliegen gerne an sofern ich die Zielerreichung realistisch finde.

- Die Verantwortung zu wählen, was für mich passt bzw. zu benennen, ob der eingeschlagene Weg sich gut anfühlt liegt bei mir wie auch die Verantwortung die Ansätze, Übungen, Verhaltens- oder Handlungsänderungen umzusetzen und mir bei Bedarf Unterstützung zu holen oder die Menge zu justieren.
- Ich wünsche ein Natur Coaching. Genauere Informationen inkl. den Kosten habe ich auf der Homepage <https://www.stefanie-staub.ch/naturcoaching> zur Kenntnis genommen.

-
-



Datum: **Unterschrift:**

Wichtige Gesundheitsfragen

Um sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötige ich von ihnen einige wichtige Informationen. Wenn sie eine Frage nicht verstehen, lassen sie diese zunächst aus, ich helfe ihnen später gerne. Vielen Dank!

Welche Medikamente nehmen sie ein?

- Schmerzmittel, welche?
- Blutverdünner/ Antikoagulation?
- Andere, welche?

Wurde bei ihnen jemals ein der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? (bitte ankreuzen)

- Krebs. Wenn Ja, welche Art?
- Herzprobleme. Wenn Ja, welche Art?
- Hoher Blutdruck
- Kreislaufprobleme
- Asthma
- Magengeschwüre
- Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, andere Substanzen
- Schilddrüsenprobleme
- Diabetes
- Multiple Sklerose
- Rheumatoide Arthritis, chronische Polyarthritis
- Andere entzündliche Gelenkerkrankungen
- Burn out oder Depressionen
- Hepatitis
- Tuberkulose
- Schlaganfall
- Nierenerkrankungen. Wenn Ja, welcher Art?
- Thrombose
- Osteoporose
- Andere:

Haben nahe Familienmitglieder eine dieser Erkrankungen? Bitte notieren sie ein „F“ neben der Krankheit.

Besteht bei ihnen eine Unverträglichkeit/ Allergie gegen Pflaster, Tape-Verbände oder Cremes?

- Nein
- Ja, welche?

Sind sie aktuell bei anderen Therapeut*innen in Behandlung? (z.B. Physiotherapeut*in, Osteopath*in, Zahnarzt*in, Chiropraktor*in, Psycholog*in, Masseur*in etc.)

- Nein
- Ja, welche?

Wie viel Bewegung haben sie pro Woche mit mind. leicht erhöhter Atemfrequenz?.....Std.

Wie viele Stunden Schlaf haben sie durchschnittlich pro Nacht?

Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren sie pro Tag?

Wie viele Zigaretten (oder Ähnliches) rauchen sie pro Tag?

An wie vielen Tagen pro Woche trinken sie Alkohol?

Bitte **NEUE** Beschwerden, die für sie ungewöhnlich oder atypisch sind, ankreuzen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen | <input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln/Taubheit | <input type="checkbox"/> Fieber, Nachtschweiss | <input type="checkbox"/> Schwächegefühl, Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfall | <input type="checkbox"/> regelmässiges Husten |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Entleeren und Halten von Urin oder Stuhl | |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder | <input type="checkbox"/> Verlust der Sehschärfe | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Nacht | <input type="checkbox"/> starke Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Stress privat | <input type="checkbox"/> Stress bei Arbeit | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |

Bitte alle 4 Seiten ausfüllen!

Behandlungsziel

Wir arbeiten gemeinsam an ihrem Gesundheitsziel. Eine zielorientierte Behandlung ist effizienter und erfolgsversprechender. Die Ziele können sich auch während der Behandlung ändern oder konkretisieren. Das Gesundheitsziel zu benennen ist oft schwierig. Wir gehen nachher gemeinsam auf diese Fragen ein, bitte machen sie sich bereits einige Gedanken.

Nennen sie bitte ihr Behandlungsziel für diese Therapie. Was möchten sie wieder können? Wie möchten sie sich wieder fühlen in ihrem Körper?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wenn sie schon lange Beschwerden haben, was möchten sie in den nächsten 3 Monaten als Zwischenziel wieder können bzw. erreichen?

.....
.....
.....
.....
.....

Gibt es sonst noch etwas, was sie hier schriftlich benennen möchten?

.....
.....
.....