|  |  |
| --- | --- |
| Mingerstrasse 93014 Bern |  |
| 078 708 66 73www.massage-therapie-bern.ch |  |
|  |  |



Herzlich willkommen bei Massage Therapie Bern

Name Vorname

(gesetzlicher Vertreter, wenn angebracht)

Strasse PLZ/Ort

Geburtsdatum

Krankenkasse Zusatzversicherung (med. Massage)

Telefon Telefon Geschäft

Mobiltelefon E-Mail

Name und Adresse des Hausarztes/der Hausärztin oder der Gemeinschaftspraxis

Sind Sie im Hausarztmodell / HMO-Modell versichert?

Ja Nein

Läuft Ihre Behandlung über

**Unfall** Wir benötigen den Namen der Versicherung, Schadennummer, Unfalldatum, Krankenkassenkarte. **Militärversicherung** Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte oder die Angaben über Ihre Dienstdauer. **Krankheit** Wir benötigen Ihre Krankenkassenkarte.

Ich ermächtige Massage Therapie Bern, für die medizinische Beurteilung meines Gesundheitszustandes Informationen von Vorbehandelnden einzuholen. Auch erlaube ich Massage Therapie Bern, alle für die Weiterbehandlung nötigen Informationen an nachbehandelnde Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen weiterzuleiten und entbinde hierzu für Massage Therapie Bern tätige Leistungserbringer von ihrem Berufsgeheimnis. Ausserdem ermächtige ich Massage Therapie Bern zur Weiterleitung aller nötigen Daten an eine zum Inkasso beauftragten Institution. Unsere Datenschutzerklärung informiert Sie ausführlich über die Bearbeitung Ihrer Daten ([www.](http://www/)massage-therapie-bern.ch).

Ich bin informiert, dass die Abklärung und Sicherstellung der Kostenübernahme durch die Versicherung in der Verantwortung des Versicherungsnehmers liegt und nicht in der des Leistungserbringers. Zudem bin ich einverstanden, dass von der zuständigen Versicherung eingeforderte Berichte erstellt und je nach Versicherung, der Krankenkasse oder dem Patienten in Rechnung gestellt werden.

Die bei Massage Therapie Bern von den entsprechenden Fachpersonen durchgeführten Behandlungsmethoden (med. Massage) sind grundsätzlich sicher. Komplikationen können wie bei allen medizinischen Behandlungen auftreten, sind aber bei diesen Formen der Behandlung äusserst selten. Nebenwirkungen wie vorübergehende lokale Verspannungen können gelegentlich auftreten und klingen in der Regel innert weniger Tage ab. Ernsthafte Komplikationen im Anschluss an eine Manipulationsbehandlung der Halswirbelsäule (Verletzung einer Halsarterie) wurden in der Literatur vereinzelt dokumentiert. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen konnten einen direkten kausalen Zusammenhang jedoch nicht bestätigen. Verletzungen anderer Strukturen und Gewebe, als Folge einer medizinischen Massage, sind äusserst selten, wurden aber ebenfalls vereinzelt dokumentiert.

Ich bestätige, diesen Sachverhalt zur Kenntnis genommen zu haben und werde mich bei Fragen an die bei Massage Therapie Bern für mich zuständige Fachperson wenden. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Dienstleistungen von Leistungserbringern von Massage Therapie Bern ist Bern.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich einverstanden bin mit dem Erhalt eines periodischen, kostenlosen elektronischen Newsletters von Massage Therapie Bern mit interessanten Artikeln über Gesundheit und Neuigkeiten der Praxis.  Ich möchte keinen Newsletter erhalten.

Datum Unterschrift

bitte zweite Seite ausfüllen

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie der zuständigen Fachperson, Ihre individuelle Situation besser einschätzen zu können.

**Wie kamen Sie zu uns?**

Überweisung durch Arzt. Name? Auf Empfehlung. Durch wen?

**Waren Sie schon einmal in einer med. Massage** Ja. Wann? Bei wem? Nein

# Haben Sie Schmerzen?

Nein

Ja, seit

**Wo sind die Schmerzen?**

Bitte einzeichnen 0 keine Schmerzen 1

2 leichte Schmerzen

3

4 ziemliche Schmerzen

5

6 starke Schmerzen

7

8 sehr starke Schmerzen 9

vorne hinten 10 unerträgliche Schmerzen

**Sind Sie zurzeit in einer anderen Behandlung?**

Ja. Weshalb? Bei wem? Nein

**Nehmen Sie Medikamente?**

Ja. Was? Dosis? Nein

**Wurden von Ihrem Skelett schon Röntgen- oder MRI-Aufnahmen gemacht?**

Ja. Wann? Wo? Welche Körperregion? Nein

**Leiden oder litten Sie je unter:**

Schlaganfall Schwindel Krebs/Tumor Allergien

Diabetes (Zuckerkrankheit) Kopfschmerzen Atemschwierigkeiten psychische Probleme Rheumatische Krankheiten Herz-/Kreislaufstörungen Verdauungsstörungen andere Krankheiten

**Hatten Sie jemals Körperverletzungen nach einem Unfall?**

Nein

Ja. Was ist geschehen? Welcher Körperteil ist verletzt worden?

**Hatten Sie jemals eine Operation?**

Ja. Was? Wann? Nein

**Welchen Beruf / welche Tätigkeit üben Sie momentan aus?**

**Sind Sie schwanger?**

Ja. In welcher Woche? Nein

**Treiben Sie Sport?**

Ja. Was? Wie oft? Nein

**Rauchen Sie?**

Ja. Seit wann? Wie viel? Nein

**Empfinden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand derzeit als eher schlecht (1) oder eher gut (10)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (bitte wählen)