

Physikotherapeutisches Institut GmbH
Ansprechpartner für Ergo- u. Physiotherapie
8430 Leibnitz, Dechant Thaller-Strasse 37/I
Tel.: 03452-85320-14

Homepage: www.pil.at, E-Mail: ordi@pil.at, info@pil.at
Öffnungszeiten: Mo-Do 07:00-20:00, Fr 07:00-18:00
Anmeldezeiten: Mo-Do 07:00-18:00, Fr 07:00-16:00



Patienteninformation

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir freuen uns, dass Sie sich für eine Therapie in unserem Physikalischen Ambulatorium entschieden haben. Um einen reibungslosen Ablauf Ihrer Behandlung zu ermöglichen, ersuchen wir Sie, **folgende Punkte zu berücksichtigen:**

Wir bemühen uns, Ihre Behandlungstermine genau einzuhalten. Bitte seien Sie deshalb unbedingt **15 Minuten vor Therapiebeginn** anwesend, da auch das Anmelden bzw. Umkleiden Zeit benötigt und es uns sonst nicht möglich ist, Ihnen Ihre Therapien innerhalb der dafür vorgesehenen Zeit zukommen zu lassen.

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, ersuchen wir Sie um rechtzeitige Abmeldung unter der **TelNr. 03452/85320**. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass entfallene Termine nur bei Vorhandensein freier Termine nachgereicht werden können. Sollten Sie der Therapie zweimal unentschuldig fernbleiben, werden die restlichen Termine an andere Patienten vergeben.

Bitte denken Sie auch daran, zu jeder Behandlung Ihre eigene E-CARD mitzubringen bzw. bereit zu halten!

Mitzubringen sind weiters:

- Hausschuhe
- 2 Badetücher
- 1 Leintuch
- 1 Kleines Handtuch als Kopfauflage für die Liege

Bitte beachten Sie weiters, dass es aus hygienischen Gründen unbedingt notwendig ist, **geduscht zur Behandlung** zu kommen.

Eine **Duschköglichkeit** befindet sich auch im Hydrobereich unseres Institutes.

Bringen Sie bitte auch etwaige **Befunde** mit. **Kopien** dieser Befunde können im Institut angefertigt werden.

Für in der **Garderobe** abgelegte Gegenstände übernehmen wir **keine Haftung**.

**Einen guten Therapieerfolg wünscht Ihnen das Team des
Physiotherapeutischen Institutes GmbH!**

Leibnitz, im Mai 2018

Die Geschäftsführung

Physiotherapeutisches Institut GmbH
Ansprechpartner für Ergo- u. Physiotherapie
8430 Leibnitz, Dechant Thaller-Strasse 37/I
Tel.: 03452-85320-14

Homepage: www.pil.at, E-Mail: ordi@pil.at, info@pil.at
Öffnungszeiten: Mo-Do 07:00-20:00, Fr 07:00-18:00
Anmeldezeiten: Mo-Do 07:00-18:00, Fr 07:00-16:00



Einhaltung vereinbarter Therapietermine

Bitte lesen Sie nachfolgende Informationen sorgfältig durch und bestätigen Sie deren Kenntnisnahme mit Ihrer Unterschrift:

Pünktlichkeit:

Verspätungen verkürzen Ihre Therapiezeit. Wir ersuchen Sie daher, 15 min vor Behandlungsbeginn im Institut anwesend zu sein.

Terminabsage:

Wenn Termine Ihrerseits nicht mehr benötigt werden, teilen Sie uns dies bitte **spätestens 24 Stunden vorher** telefonisch mit (03452/85320)

Bei **zweimaligem Nichterscheinen** ohne vorherige Absage werden die restlichen vereinbarten Therapietermine **storniert!**

Kosten bei Nicht-Absage:

Sollten Sie zu einem Therapietermin nicht erscheinen und uns davon nicht rechtzeitig in Kenntnis setzen, müssen wir Ihnen die entfallene Therapie gemäß § 19 des Krankenkassenvertrages v. 26. 05. 1999 in Rechnung stellen.

Akutpatienten:

Patienten, die Ausfalltermine in Anspruch nehmen wollen (nur nach Operationen oder Verletzungen), sollten zeitlich flexibel sein.

Wunschtherapeuten:

Gerne nehmen wir auf speziellen Wünsche hinsichtlich Ihres Therapeuten Rücksicht, dies kann aber zu längeren Wartezeiten führen.

Newsletter:

Falls Sie über die Tätigkeiten des PIL, über spezielle Therapieangebote, etc. informiert werden wollen, trage Sie bitte unten Ihre E-Mail-Adresse ein. Natürlich werden Ihre Daten lt. DSGVO-Richtlinien geschützt, und Sie haben jederzeit die Möglichkeit, auf unserer Homepage den **Newsletter** wieder abzumelden.

- Ja
 Nein

E-Mail-Adresse: _____

Unterschrift:

(_____)

Name, Vorname (Bitte in Blockbuchstaben)



Risikofragebogen

(Bitte ausgefüllt zur ersten Therapie mitbringen)

Seite 1

Name: _____

Alter: _____

Beruf: _____

Hobbies: _____

Ich nehme regelmäßig Medikamente:

Nein Ja, : _____

Derzeit nehme ich folgende Medikamente: _____

Metallische Implantate:

Nein Ja, : Wirbelsäule: rechts links

Arm: rechts links

Bein: rechts links

Becken: rechts links

Schwerwiegende Erkrankungen bzw. Verletzungen/Operationen:

Nein Ja, folgende: _____

Ich bin regelmäßig in ärztlicher Behandlung

Nein Ja, und zwar wegen _____

Ich war schon in Physiotherapeutischer Behandlung

Nein Ja, und zwar wegen _____

Ich bin Allergiker

Nein Ja, ich bin allergisch auf _____



Risikofragebogen

(Bitte ausgefüllt zur ersten Therapie mitbringen)

Seite 2

Ich leide oder litt an folgenden Erkrankungen:

- Herz: Nein Ja, und zwar:

- Kreislauf: Nein Ja, und zwar:

- Gefäße: Nein Ja, und zwar:

- Lunge: Nein Ja, und zwar:

- Leber: Nein Ja, und zwar:

- Nieren und Genitalorgane: Nein Ja, und zwar:

- Verdauungstrakt: Nein Ja, und zwar:

- Osteoporose: Nein Ja, und zwar:

- Gelbsucht: Nein Ja, und zwar:

- Epilepsie: Nein Ja, (wann letzter Anfall)

- Asthma: Nein Ja, Medikamente:

- MSRA-Erkrankungen Nein, Ja, behandelt im

Bitte bringen Sie Ihre therapierlevanten Befunde zu Ihrem ersten Termin mit!

Danke!

Datum: _____

Unterschrift des Patienten (Angehörigen): _____