

Dein Befund beginnt hier.

Damit wir deine Erstbehandlung optimal nutzen können, füll diesen Bogen bitte vor deinem Termin aus. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Bring den ausgefüllten Bogen bitte zum ersten Termin mit oder schick ihn vorab per E-Mail.

01

Persönliche Daten

NACHNAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

GESCHLECHT

☐ weiblich☐ männlich☐ divers

TELEFONNUMMER

E-MAIL

STRASSE, HAUSNUMMER

PLZ, ORT

Wie bist du versichert?

☐ gesetzlich☐ privat☐ beihilfeberechtigt

Hast du eine ärztliche Verordnung (Rezept)?

☐ ja, liegt vor☐ ja, folgt☐ nein

02

Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerden liegen vor? (Beschreibung, betroffene Körperregion)

Wie lange bestehen deine Beschwerden bereits?

☐ < 1 Woche☐ 1-4 Wochen☐ 1-3 Monate☐ 3-12 Monate☐ > 1 Jahr

Treten die Beschwerden auf:

☐ permanent☐ mit Unterbrechungen☐ nur bei Belastung☐ nur in Ruhe

Gab es einen Auslöser (z. B. Sturz, Unfall, Operation, ungewohnte Belastung)?

☐ Ja☐ Nein

03

Schmerz & Symptome

Hast du aktuell Schmerzen?

☐ Ja☐ Nein

Wie stark sind deine Schmerzen aktuell? Skala 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	7 ☐	8 ☐	9 ☐	10 ☐
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

kein Schmerz

stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie würdest du den Schmerz beschreiben? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ dumpf ☐ stechend ☐ ziehend ☐ brennend ☐ pulsierend ☐ krampfartig ☐ ausstrahlend

Ist deine Sensibilität verändert (Kribbeln, Taubheit, Brennen, Überempfindlichkeit)?

☐ Ja ☐ Nein

Ist deine Kraft verändert (Schwäche, Kraftverlust)?

☐ Ja ☐ Nein

Wie äußern sich die Beschwerden im Alltag? Was lindert sie, was verschlimmert sie?

Wie sehr beeinträchtigen dich deine Beschwerden in den letzten 2 Wochen insgesamt?

☐ gar nicht ☐ etwas ☐ mäßig ☐ stark ☐ sehr stark

Machst du dir Sorgen, dass deine Beschwerden anhalten oder schlimmer werden?

☐ gar nicht ☐ ein wenig ☐ stark

Hast du das Gefühl, dich aufgrund deiner Beschwerden weniger zu bewegen oder bestimmte Aktivitäten zu meiden?

☐ nein ☐ teilweise ☐ ja, deutlich

Wie schätzt du deine allgemeine Gesundheit derzeit ein?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mittelmäßig ☐ schlecht

04

Wichtige Gesundheitschecks

Hast du in den letzten Wochen ungewollt Gewicht verloren?

☐ Ja ☐ Nein

Leidest du unter nächtlichem Schwitzen?

☐ Ja ☐ Nein

Hast du aktuell Fieber, allgemeines Unwohlsein oder Infektzeichen?

☐ Ja ☐ Nein

Hast du Probleme mit Blasen- oder Darmkontrolle bemerkt?

☐ Ja ☐ Nein

05

Vorerkrankungen, Operationen & Medikamente

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

☐ Herz-Kreislauf ☐ Diabetes ☐ Asthma / COPD ☐ Rheuma / Arthritis
☐ Osteoporose ☐ Tumorerkrankung ☐ neurologische Erkrankung ☐ Schilddrüse

Operationen / Krankenhausaufenthalte (mit Jahresangabe):

Regelmäßige Medikamente:

Allergien (z. B. Pflaster, Latex, Medikamente):

Schwangerschaft (falls zutreffend)?

☐ Nein ☐ Ja, SSW: _____

06

Lebensstil & sportliche Aktivität

Wie ist deine berufliche Belastung überwiegend?

☐ sitzend ☐ stehend ☐ körperlich aktiv ☐ wechselnd

Sportart, Häufigkeit / Woche, sportliches Ziel (z. B. Marathon, Wettkampf):

07

Deine Ziele & Erwartungen

Nenne 2 konkrete Aktivitäten, die du aufgrund deiner Beschwerden nicht oder eingeschränkt ausführen kannst und wieder erreichen möchtest (z. B. Treppensteigen, Joggen, Heben):

Wie hast du von FITIME erfahren?

☐ Empfehlung ☐ Arzt / Klinik ☐ Google-Suche ☐ Instagram ☐ Sonstiges

08

Terminreservierung & Ausfallhonorar

Deine Termine werden fest und ausschließlich für dich reserviert. In dieser Zeit können wir niemanden sonst behandeln. Sagst du einen Termin bis spätestens 24 Stunden vor Beginn ab, entstehen dir keine Kosten. Sagst du später ab oder kommst nicht, können wir eine Ausfallrechnung stellen. Berechnet wird, was für diesen Termin vorgesehen war, also alle verordneten Leistungen zusammen:

Mit Verordnung, gesetzlich versichert	die Sätze deiner Krankenkasse für die verordneten Leistungen
Mit Verordnung, privat oder Beihilfe	der Preis aus Abschnitt 09
Leistungen ohne Verordnung	der Preis, den wir vorher vereinbart haben

Sind zum Beispiel Krankengymnastik und eine Wärmepackung verordnet, umfasst die Ausfallrechnung beides. Sie entfällt, wenn wir den Termin noch anderweitig vergeben können oder wenn du die Absage nicht zu vertreten hast, etwa bei einem Unfall. Kannst du uns zeigen, dass kein oder ein deutlich geringerer Schaden entstanden ist, berechnen wir entsprechend weniger oder gar nichts.

Deine Behandlung geht dir dadurch nicht verloren. Wir holen den Termin nach und rechnen ihn normal über deine Verordnung ab. Die Ausfallrechnung ersetzt nur die Zeit, die an dem Tag leer geblieben ist. Sie ist keine Bezahlung für eine Behandlung und wird deshalb von keiner Krankenversicherung übernommen, auch von keiner privaten. Bitte sag Termine so früh wie möglich ab, telefonisch, per Nachricht oder persönlich.

09

Vergütung

Mit ärztlicher Verordnung, für privat versicherte und beihilfeberechtigte Patienten. Für die Physiotherapie gibt es keine staatlich festgelegte Gebührenordnung. Die Preise vereinbaren wir deshalb direkt mit dir. Sie gelten ab dem 01.11.2026 und verstehen sich je Behandlungseinheit.

Krankengymnastik (KG)	20 Min.	41,50 €	Wärmepackung	22,50 €
Manuelle Therapie (MT)	20 Min.	50,00 €	Ultraschall	20,50 €
Krankengymnastik am Gerät (KGG)	60 Min.	78,00 €	Kältetherapie	16,50 €
Klassische Massagetherapie (KMT)	20 Min.	30,00 €	Elektrotherapie	12,00 €
Hausbesuch (zusätzlich)	je Besuch	32,00 €		

Ohne ärztliche Verordnung. Leistungsanalyse, Personal Training, Trainingsplan und Performance-Check sind keine Heilbehandlung. Es sind Messungen, Training und Beratung aus dem Bereich Fitness und Prävention. Sie werden von keiner Krankenversicherung erstattet. Den Preis dafür bekommst du vor der Buchung schriftlich.

Den Behandlungsvertrag schließt du mit uns, nicht deine Versicherung. Die Rechnung geht deshalb an dich, unabhängig davon, ob und wie viel deine Versicherung oder Beihilfestelle danach erstattet. Erstattungsfähige Höchstbeträge können unter unseren Preisen liegen, die Differenz trägst du selbst. Bitte kläre das vorab mit deiner Stelle. Rechnungen sind innerhalb von 14 Tagen fällig.

10

Einverständnis & Datenschutz

- ☐ Ich bestätige, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht wurden.
- ☐ Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten zur Behandlung einverstanden.
- ☐ Ich habe die Regelung zu Terminreservierung und Ausfallhonorar gelesen und bin damit einverstanden.
- ☐ Soweit für mich zutreffend: Ich habe die Vergütung gelesen und bin damit einverstanden.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT/IN (BEI MINDERJÄHRIGEN: ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R)