

FRAGEBOGEN UND ERMÄCHTIGUNG ZUR BEANTRAGUNG DER KOSTENÜBERNAHME FÜR EIN FPZ VERSORGUNGSPROGRAMM (EINZELFALLANTRAG)

A) ANGABEN ZUR PERSON UND ZUR KRANKENKASSE (BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN UND MIT SCHWARZEM STIFT AUSFÜLLEN.)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum

Straße und Hausnummer _____ PLZ und Wohnort _____

Telefonnummer privat _____ Handynummer _____ E-Mail-Adresse _____

Name der Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Wie lange sind Sie bei Ihrer Krankenkasse bereits versichert? _____ Jahre

Falls bekannt:
 Ihr Kundenbetreuer bei der Krankenkasse (Name, Telefon) _____

B) INFORMATIONEN ZU IHREN RÜCKENSCHMERZEN

Sind Sie derzeit berufstätig? Ja Nein

Sind Sie aktuell krank geschrieben? Nein Ja, seit

Wie lange leiden Sie schon an Rückenschmerzen? _____ (Jahre)

Körpergröße _____ (cm) Körpergewicht _____ (Kg)

1. An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 12 Monaten unter Rückenbeschwerden gelitten?	Tage <input style="width: 100%;" type="text"/>
2. An wie vielen Tagen waren in den letzten 12 Monaten Ihre beruflichen und privaten Aktivitäten durch die Rückenbeschwerden eingeschränkt?	Tage <input style="width: 100%;" type="text"/>
3. Wie oft haben Sie wegen Ihrer Rückenbeschwerden in den letzten 12 Monaten einen Arzt aufgesucht?	mal <input style="width: 100%;" type="text"/>
4. An wie vielen Tagen waren Sie wegen Ihrer Rückenbeschwerden in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?	Tage <input style="width: 100%;" type="text"/>
5. Wie viele Tage haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihrer Beschwerden im Bett verbracht?	Tage <input style="width: 100%;" type="text"/>
6. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Rückenprobleme stationär im Krankenhaus oder zur Kur?	Tage <input style="width: 100%;" type="text"/>
7. Wie häufig nahmen Sie in den letzten 12 Monaten Medikamente gegen Ihre Rückenbeschwerden ein?	Code <input style="width: 100%;" type="text"/>
0 = keine Medikamente 1 = 1 bis 2 x jährlich 2 = 1 bis 2 x monatlich 3 = 1 bis 2 x wöchentlich 4 = täglich	
8. Wie oft haben Sie aufgrund Ihrer Rückenbeschwerden in den letzten 12 Monaten folgende Behandlungsformen in Anspruch genommen?	
Krankengymnastik <input style="width: 30px;" type="text"/>	Massagen <input style="width: 30px;" type="text"/>
Packungen <input style="width: 30px;" type="text"/>	Wärme-/ Elektrobearbeitungen <input style="width: 30px;" type="text"/>

C) SCHMERZANALYSE

- Wie verhält sich der Schmerz im Tagesverlauf? Zunehmend Gleichbleibend Abnehmend
- Gibt es Unterschiede beim Sitzen, Gehen oder Stehen? Ja Nein
- Gibt es Tätigkeiten, bei denen der Schmerz zunimmt? Ja Nein
- Gibt es eine Schmerzverstärkung beim Husten? Ja Nein
- Gibt es eine Schmerzverstärkung beim Pressen? Ja Nein
- Haben Sie nachts einen Ruheschmerz? Ja Nein
- Haben Sie beim Umdrehen nachts einen Schmerz? Ja Nein
- Haben Sie Schmerzen bei Ausdauerbelastungen (z. B. Joggen)? Ja Nein
- Haben Sie einen zunehmenden Schmerz beim längeren Sitzen? Ja Nein
- Haben Sie einen zunehmenden Schmerz beim längeren Stehen? Ja Nein
- Haben Sie einen zunehmenden Schmerz beim Schnell- und/oder Bergaufgehen? Ja Nein
- Haben Sie Ausstrahlungsbeschwerden? Ja Nein

D) DATENSCHUTZ- UND ERMÄCHTIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit ermächtige und bevollmächtige ich die FPZ AG in Köln (FPZ), bei meiner oben unter A) genannten Krankenkasse für mich einen Antrag auf Übernahme der Kosten für ein FPZ Versorgungsprogramm (Einzelfallantrag) zu stellen.

Zu diesem Zweck werden die von mir oben gemachten Angaben maschinell gelesen und ausgewertet. Die Auswertungsergebnisse sind Grundlage für die Auswahl des in Betracht kommenden FPZ Versorgungsprogramms, für dessen Durchführung die Kostenübernahme für mich beantragt wird.

Rückfragen der Versicherung im Rahmen der Prüfung dieses Antrages können von meiner Krankenkasse unmittelbar an FPZ gerichtet werden. FPZ wird hiermit ebenfalls ermächtigt, diese Rückfrage für mich in Empfang zu nehmen und meiner Krankenkasse die erforderlichen Informationen in meinem Namen zu übermitteln, wobei die mich persönlich betreffenden Informationen auf die oben von mir gemachten Angaben beschränkt sind.

Hiermit erkläre ich,

- dass ich mit der oben beschriebenen Vorgehensweise einverstanden bin;
- und dass ich mit der Erhebung, der Verarbeitung und der hier beschriebenen Nutzung meiner oben angegebenen Daten und Angaben einverstanden bin und dass ich der Weitergabe dieser Angaben und Daten einschließlich der Sozialdaten an meine angegebene Krankenkasse durch FPZ zum Zwecke der Beantragung einer Kostenübernahme zustimme und dies mit meiner Unterschrift bestätige;
- dass ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne die Angabe von Gründen gegenüber FPZ widerrufen kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei FPZ gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der hier übertragenen Aufgaben von FPZ dann nicht mehr benötigt werden.

Datum

Unterschrift