

■ Welche Leistungen bieten wir?

z.B.:

- Krankengymnastik
- Krankengymnastik nach Bobath oder PNF (Erwachsene)
- Krankengymnastik nach Bobath oder Vojta (Kinder)
- Manuelle Therapie
- Manuelle Lymphdrainage
- CranioSacral-Therapie
- Funktionelle Beckenbodentherapie
- Kontinenztraining
- Schwindeltherapie – Vestibulartraining
- Klassische Massagetherapie
- Atemtherapie
- Gerätegestützte Krankengymnastik
- Standardisierte Kombinationen von Maßnahmen der Physikalischen Therapie
- Präventivgruppen (Rückenschule, Nordic Walking, Wirbelsäulengymnastik, etc.)
- Traktionsbehandlung
- Fango / Heißluft / Heiße Rolle
- Elektrotherapie / Ultraschall
- Eistherapie
- Kinesiotaping

Weitere Behandlungsarten und mehr im Internet:

www.physio-weyh.de

Gern stehen wir Ihnen auch über die eigentliche Behandlung hinaus mit Rat und Tat zur Seite.

z.B.:

- Durchführen von Formalitäten mit den Gesetzlichen Krankenkassen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Therapeuten anderer Fachrichtungen, Pflegediensten, etc.
- Hilfe bei der Versorgung mit Hilfsmitteln (Kompressionsstrümpfe, Bandagen, etc.)

Sonja Weyh

Praxis für Physiotherapie
Zeilweg 13-15
60439 Frankfurt/Main

Tel.: 069/58 55 05
Fax: 069/580 347 58
E-Mail: info@physio-weyh.de

Ihre Physiotherapiepraxis ist Mitglied im

Deutscher Verband für Physiotherapie –
Zentralverband der Physiotherapeuten/
Krankengymnasten (ZVK) e.V.
Landesverband Hessen



**Ihre Wünsche und Ihre
Meinung sind uns wichtig!**

- Zeilweg 13-15 ■ 60439 Frankfurt/Main ■
- Telefon: 069/58 55 05 ■
- www.physio-weyh.de ■

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten unseren Service ständig weiter entwickeln. Bitte beantworten Sie ganz ehrlich die Fragen, damit wir ein objektives Bild über unseren Service erhalten. Sie können uns Ihre Meinung anonym oder auch mit Ihrem Namen versehen mitteilen. Alle Angaben sind freiwillig. Kreuzen Sie jeweils die Kästchen an, die für Sie am meisten zutreffen. Wir freuen uns auf Ihre Antwort!

Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der Betreuung in unserer Praxis?

sehr zufrieden	zufrieden	nicht zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

nichts zu verbessern

Welche/r Therapeut/in hat Sie vorwiegend behandelt?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Konnten Sie uns zur Terminabsprache gut erreichen?

- problemlos
- mit Schwierigkeiten
- Kontakt zu Anrufbeantworter

Entsprachen die vereinbarten Termine Ihren Bedürfnissen bzw. Wünschen?

- ja
- meistens
- nein
- wenn nein, warum nicht _____

Wurden Sie über Preise, Kostenerstattung oder Zuzahlung vorab informiert?

- ja
- nein

Wurden Ihre Fragen zur Therapie verständlich beantwortet?

- ja
- nein

Hat Ihr Therapeut mit Ihnen gemeinsam die Behandlungsziele vereinbart?

- ja
- nein

Konnten die vereinbarten Behandlungsziele erreicht werden?

- ja alle
- teilweise
- keines

Würden Sie unsere Praxis weiter empfehlen?

- ja
- nein

Interessieren Sie sich für unsere Praxisangebote zur Prävention?

- ja welche _____
- nein

Haben Sie Angebote aus dem Selbstzahlerbereich genutzt? Was würden Sie gerne in dem Bereich zusätzlich nutzen?

- ja welche _____
- nein
- Wunsch _____