



Aufklärungsbogen zur Therapie

Versichertenstatus: gesetzlich privat Beihilfe

Name Patient: _____

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen nach.

Er dient Ihrer Information.

Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

→ *Information durch den behandelnden Arzt:*

Hat der verordnende Arzt Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert?

Ja Nein

→ *Vorerkrankungen:*

Liegen bei Ihnen/Ihrem Kind/Ihrem Angehörigen Vorerkrankungen vor? (z. B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankung, Bluthochdruck, Allergie etc.)? _____

→ *vorgesehene Therapiemaßnahme:*

Krankengymnastik Manuelle Therapie Lymphdrainage Massagen

→ *Mögliche Komplikationen:*

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkung. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Behandler.

→ *Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung:*

Die Behandlung muss spätestens 14 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen. Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung selbst in der Regel für längstens 14 Tage unterbrochen werden.

→ *Ausfallgebühr:*

Wir sind eine Terminpraxis. Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Pro nicht abgesagtem Termin müssen wir Ihnen 12,50 € privat in Rechnung gestellt.

→ *Zuzahlung/Kostenübernahme:*

Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahre haben – sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind – eine Zuzahlung in Höhe von 10€ pro Verordnung zuzüglich 10 % des Rezeptwertes an den Physiotherapeuten zu zahlen. Vollendet der Patient während einer Behandlungsserie sein 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10 % Zuzahlung zu leisten. Der Physiotherapeut handelt diesbezüglich lediglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse.

Privatversicherte/beihilfeberechtigte Patienten:

Sie werden von uns ausdrücklich hiermit darauf hingewiesen, dass möglicherweise nicht die volle Erstattungsfähigkeit der Liquidation durch Ihre Versicherung besteht.

Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären und zu entscheiden, ob Sie den Behandlungsvertrag eingehen.

→ *Honorarvereinbarung:*

Für die Leistung/Therapie _____ wird eine Vergütung in Höhe von € _____ vereinbart.

→ **Datenschutz:**

Sie gestatten der o. g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind/Angehörigem/ sich selber zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, soweit gemäß Artikel 37 Datenschutz-Grundverordnung erforderlich sind:

Frau Dagmar Schlaubitz und Frau Martina Bohr-Adams, Erwin-Renth-Str. 1, 55257 Budenheim.

Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Praxisinhaber. Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum (hier: RZH Rechenzentrum für Heilberufe, Am Schornacker 32, 46485 Wesel) weitergegeben werden.

Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

→ **Einwilligung:**

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV-Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe.

Die vorstehenden Erklärungen gelten auch für zukünftige Behandlungen und können jederzeit schriftlich mit der sofortigen Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

✓ Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

Ort, Datum Patienten/in/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter

☑ Datum _____ Unterschrift _____

✓ Der Aufklärungsbogen wurde dem/der Patienten/in am ausgehändigt (Behandelnder Physiotherapeutin)

☑ Datum _____ Unterschrift _____