



Aufklärungsbogen

Patientendaten:

Name: _____
Adresse: _____
Mail: _____
Telefon: _____

Versichertenstatus

Selbstzahler: ☐
gesetzlich versichert: ☐
Beihilfe: ☐
privat: ☐

Liebe Patientin, lieber Patient,

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 Vorerkrankungen vor? (z. B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankung, Bluthochdruck, Allergie etc.)? _____

Therapiemaßnahme:

Folgende Behandlung ist vorgesehen: _____

Mögliche Komplikationen:

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

Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung (betrifft nur gesetzlich versicherte Patienten):

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben bzw. vertraglicher Vereinbarungen mit den Kostenträgern, muss die Behandlung innerhalb einer bestimmten Frist (z.B. bei Versicherten gesetzlicher Krankenkassen innerhalb von 14 (dringlicher Behandlungsbedarf) bzw. 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung) aufgenommen werden. Die Behandlung darf dabei nur im Rahmen der jeweils geltenden gesetzlichen Vorgaben bzw. vertraglichen Vereinbarungen unterbrochen werden.



Aufklärungsbogen

Ausfallgebühr:

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher telefonisch oder per Nachricht unter 015566120576 oder per Mail unter info@physiotherapie-wohlgefuehl.de abgesagt werden. Wir müssten Ihnen ansonsten die Kosten für den uns dadurch entstandenen Schaden privat in Rechnung stellen.

Zuzahlung/Kostenübernahme:

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

Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären. Eine Honorarvereinbarung lassen wir Ihnen gesondert zukommen.

Selbstzahler: Als sektorale Heilpraktikerin darf ich Heilpraktikerrechnungen stellen. Auch hier empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer Versicherung abzuklären. Eine Honorarvereinbarung wird gesondert ausgehändigt.

Datenschutz:

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

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; danach werden sie datenschutzkonform vernichtet. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum/Steuerberatungsbüro weitergegeben werden. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.



Aufklärungsbogen

Zusatz :

Ich darf durch die Physiotherapiepraxis WohlGefuehl trotz datenschutzrechtlicher Bedenken über WhatsApp Kontaktiert werden.

Hinweis: Whatsapp unterliegt nicht der EU – Datenschutzgrundverordnung. Es wird keine Haftung übernommen.

Ja ☐ Nein ☐

Die Physiotherapiepraxis WohlGefuehl darf mir Dokumente, Rechnungen, Befunde per Mail zusenden.

Ja ☐ Nein ☐

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich von der Behandlerin 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.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein:

Ort, Datum: _____

Patienten/in/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter*: _____

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis des anderen Elternteils handelt.

Der Aufklärungsbogen wurde dem/der Patienten/in bzw. Unterzeichner/in am _____ ausgehändigt.

Behandelnde Physiotherapeutin: _____