

## Anmeldungs- und Aufklärungsbogen

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Strasse:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Tel. privat:** \_\_\_\_\_ **AB:** \_\_\_\_\_ **Tel. beruflich:** \_\_\_\_\_ **AB:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_ **Mailbox:** \_\_\_\_\_ **E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_

**Versichertenstatus:** **Gesetzlich** **oder** **Privat / Beihilfe**

**Name der Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt / Facharzt:** \_\_\_\_\_

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.

### Ausfallgebühr:

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Wir weisen darauf hin, dass unentschuldigte nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine Ihnen privat in Rechnung gestellt werden (Höhe des Behandlungswertes).

### Behandlungsbeginn / Behandlungsunterbrechung:

Gesetzlich versicherte Patienten müssen spätestens 14 Tage nach der Ausstellung der ärztlichen Verordnung die Behandlung beginnen. Die Behandlungsserie darf in der Regel längstens 14 Tage unterbrochen werden je nach Kostenträger ist eine Unterbrechung von bis zu 21 Tagen gewährt.

Die Behandlungszeiten variieren je nach verordneter Maßnahme und indizierter Behandlung durch den Therapeuten für Krankengymnastik 15-20 min., Manueller Therapie 15-25 min., klassische Massagen 12-15 min. sowie neurologischer Behandlungen 25-30 min. Wir arbeiten ganzheitlich und in Ihrem Interesse. Entscheidend ist daher der Inhalt einer Behandlung, und nicht deren Dauer.

### Zuzahlung / Kostenübernahme:

Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren 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. Vollendet der Patient während einer Behandlungsserie sein 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10 % Zuzahlung, zu leisten. Wir übernehmen dies für Ihre Krankenkasse.

Privatversicherte und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären. Der Rechnungsbetrag ist unabhängig der Höhe der Erstattung Ihrer Krankenkasse bzw. der Beihilfestelle fristgerecht zu bezahlen (siehe Honorarvereinbarung der Satz für Privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten ist in der Praxis Physio Vida einheitlich.)

Sind Sie durch Ihren behandelten Arzt über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert worden?

JA

Nein

Nicht ausreichend

**Vorerkrankungen:**

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

**Mögliche Komplikationen:**

Physiotherapeutische Maßnahmen sind in der Regel ohne Nebenwirkungen. Sollten dennoch bei Ihnen unerwartete Störungen auftreten, setzen Sie sich umgehend mit Ihrer/Ihrem Therapeutin /-en in Verbindung.

**Therapiemaßnahmen:**

Folgende Behandlungen sind bei Ihnen vorgesehen:

**Datenschutz:**

Sie gestatten der o.a. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen / Ihrem Kind/ betreuenden Person 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. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weiter gegeben werden. Die vorstehende Erklärung gilt für die zukünftigen Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

Ort / Datum

Patient/in / Bevollmächtigter / Sorgeberechtigter

Der Aufklärungsbogen wurde dem/der Patienten/in am

ausgehändigt.

Behandelnde Physiotherapeutin / Krankengymnastin

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