

Patientenname: \_\_\_\_\_

Praxis (Stempel): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des/der Behandlers/in

Versichertenstatus:       gesetzlich                       privat                       Beihilfe

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.)?

### Therapiemaßnahme:

Folgende Behandlung ist vorgesehen: \_\_\_\_\_

### Mögliche Komplikationen:

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

### 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. Erster Behandlungstermin ist am: \_\_\_\_\_. Die Behandlung darf dabei nur im Rahmen der jeweils geltenden gesetzlichen Vorgaben bzw. vertraglichen Vereinbarungen unterbrochen werden.

### Ausfallgebühr:

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher 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.

### 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. (Ggf. Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, soweit gemäß Artikel 37 Datenschutz-Grundverordnung erforderlich: \_\_\_\_\_).

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.

### 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.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Patienten/in/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter\*

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

\_\_\_\_\_  
Behandelnder Physiotherapeut

\*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.