

# Aufklärungsbogen



Name, Vorname

Adresse (Straße, Wohnort)

Geburtsdatum

Telefon privat

Telefon dienstlich

Telefon mobil

E-Mail

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige, wir begrüßen Sie in unserer Praxis und bedanken uns für Ihr Vertrauen. Bitte lesen Sie nachfolgende Punkte aufmerksam durch:

## Patientenaufklärung

Ich bin bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden.

ja

nein

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese vor Behandlungsbeginn von Ihrem Therapeuten durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

## Datenschutz

Ihre Daten werden zu folgenden Zwecken verarbeitet:

- zur Pflege der Kontaktdaten,
- der Erfüllung des Behandlungsvertrags,
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit den Krankenkassen,
- Abrechnungsstellen oder dem Patienten,
- zur therapeutischen Dokumentation,
- zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Sofern Sie uns Ihre E-Mail-Adresse mitteilen, verwenden wir diese auch zur Termin-Koordination und zur Kontaktaufnahme mit Ihnen. Weitere Informationen können Sie der Patienteninformation zum Datenschutz entnehmen.



## Zuzahlungspflicht:

Gesetzlich Versicherte (GKV) 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. Der Physiotherapeut handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse.

## E-Mail

Mit Bekanntgabe Ihrer E-Mail-Adresse erteilen Sie uns die Erlaubnis, Sie zwecks Terminabsprache / Rezeptklärung per E-Mail zu kontaktieren.

## Absagenregelung

Wir weisen darauf hin, dass unsere Praxis mit Wartelisten und Terminvergaben arbeitet und zur Behandlung jeweils ein Therapeut zur Verfügung steht. Bei Absagen, die nicht innerhalb der angegebenen Frist erfolgen, ist es nicht möglich, einen anderen Patienten zu behandeln. Sie verpflichten sich daher, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, fristgerecht abzusagen. Unterbleibt die rechtzeitige Absage, verpflichten sie sich, für den ausfallenden Termin die unten aufgeführte Ausfallgebühr zu zahlen. Bitte informieren Sie uns frühzeitig (mindestens 24 Stunden vor Termin), falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können. Sobald Ihnen bekannt ist, dass Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte mit. So können wir eine optimale Versorgung unserer Patienten, die dringend auf Termine warten, gewährleisten.

- Behandlung 20-40 Minuten: 40 € Ausfallgebühr
- Behandlung 50-60 Minuten: 60 € Ausfallgebühr

Hiermit stimme ich den vorgenannten Bedingungen zu und willige in die durchzuführende Therapie ein:

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

X \_\_\_\_\_  
Patient/in/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter\*

\_\_\_\_\_  
Behandelnde/r Therapeut/in

\*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.