

Aufklärungsbogen

Patientenname: _____

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.

Vorerkrankungen:

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

Mögliche Komplikationen:

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

Behandlungsbeginn/Gültigkeit:

Die Behandlung muss spätestens 28 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen. Verordnungen mit bis zu 6 Behandlungseinheiten sind 3 Monate und Verordnungen mit mehr als 6 Behandlungseinheiten sind 6 Monate gültig.

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 bei der ersten Behandlung 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 als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. Ein Befreiungsausweis ist uns unaufgefordert vorzulegen, ansonsten werden die o.g. Kosten berechnet und der Patient kann sich diese Kosten von seiner Krankenkasse erstatten lassen.
- Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären.

Ausfallgebühr:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Datenschutz:

Sie gestatten der o. g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind 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 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.

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 mit dem anderen Elternteil handelt.