

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtgesetz 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.)?

Mögliche Komplikationen:

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

Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung:

Die Behandlung muss spätestens 28 Kalendertage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen.

Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung selbst in der Regel für längstens 14 Kalendertage unterbrochen werden.

Ausfallgebühr:

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Wir müssen 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. 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 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

Dies ist für die Erbringung und Abrechnung 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. Im Zuge der Abrechnung leiten wir Ihre Daten an: (das) Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Postfach 103661, 70031 Stuttgart weiter. Sie haben das Recht auf Berichtigung. Sollten wir Daten falsch erfasst haben, so bitten wir Sie, uns darauf aufmerksam zu machen, damit wir diese berichtigen können. Ich kann die Einwilligung jederzeit widerrufen. Ein Widerruf gilt nur für zukünftige Datenverarbeitungen.

Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV-Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe.

Im Rahmen der Organisation von Abläufen und Terminen kann ein Besprechen von Anrufbeantwortern notwendig werden. Ich erlaube hiermit, dass die Anrufbeantworter bzw. die Mailbox von den der Praxis zwecks Kontaktaufnahme übermittelten Rufnummern besprochen werden dürfen: ja nein (in diesem Fall wird die Kommunikation erschwert)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Abrechnungszwecken an oben genanntes Abrechnungszentrum weiter gegeben werden: ja nein (in diesem Fall müssen die Kosten privat in Rechnung gestellt werden)
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Patienten/in/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter*

Der Aufklärungsbogen wurde dem/der Patienten/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.

Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name	
Vorname	Geburtsdatum
PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich
Telefon mobil	Fax/E-Mail
Krankenkasse	Hausarzt
Versicherter (bei Privatpatienten)	

Mitglied (1) Familienversichert (3) Rentner (5)

Zuzahlungen: nicht befreit befreit Beihilfeberechtigt: ja nein

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? ja wann? _____ nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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 unentschuldig, nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Ich war in den letzten 12 Wochen nicht wegen meines aktuellen Krankheitsbildes in therapeutischer Behandlung.

In dieser Praxis werden Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert bzw. das Rezept zur Abrechnung an das Abrechnungszentrum weitergeleitet. Weitere Informationen finden Sie im Aufklärungsbogen auf der Rückseite.

Datum	Unterschrift des Patienten/ gesetzl. Vertreters*
-------	--------------------------------------------------

*nicht Zutreffendes bitte streichen

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!