**Anmeldungs- und Aufklärungsbogen**

.......................................................................................................................................................

Name Vorname Geburtsdatum

........................................................................................................................................................

Straße PLZ / Wohnort Tel. privat

........................................................................................................................................................

Tel. beruflich Handy-Nr. E-Mail-Adresse

Versichertenstatus: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe

.......................................................................................................................................

Name der Krankenversicherung Hausarzt / Facharzt

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern**

**bzw. 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 und zur nötigen Datenspeicherung am Ende des Bogens.

**Information durch den behandelnden Arzt:**

Hat der verordnende Arzt Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Möchte noch mehr dazu erfahren.

**Vorerkrankung:**

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

**Medikamente:**

Bitte teilen Sie uns mit, ob und welche Medikamente Sie einnehmen. Auch wenn Sie Medikamente wegen anderer Erkrankungen bzw. Beschwerden einnehmen.

**Therapiemaßnahmen:**

Folgende Behandlung(en) ist (sind) vorgesehen:

**Mögliche Komplikationen:**

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

**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.

**Behandlungsbeginn / Behandlungsunterbrechung bei gesetzlich Versicherten:** Gesetzlich versicherte Patienten müssen spätestens 14 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung die Behandlung beginnen. Der verordnende Arzt hat jedoch die Möglichkeit den Therapiebeginn zu aktualisieren.

Die Behandlungsserie darf in der Regel einmal unterbrochen werden. Für Urlaubszeiten und Krankheitszeiten wird von den meisten gesetzlichen Kostenträgern eine einmalige Unterbrechung von längstens 21 Tagen gewährt.

**Zuzahlung / Kostenübernahme für gesetzlich versicherte Personen:**

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 handeln diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie mit der gleichen Diagnose bereits in dem Zeitraum von 12 Wochen vor dieser Behandlungsserie in einer anderen Praxis physiotherapeutisch behandelt wurden. Falls es aufgrund unrichtiger Angaben Ihrerseits zu Absetzung der Gebührenerstattung kommen sollte, sehen wir uns veranlasst, Ihnen die abgesetzte Summe in Rechnung zu stellen.

**Für Privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten:**

Der Rechnungsbetrag ist unabhängig der Höhe der Erstattung Ihrer Krankenkasse bzw. der Beihilfestelle vollständig und fristgerecht zu bezahlen.

**Datenschutz:**

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

☐ Sie gestatten, dass Ihre Daten 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.

☐ Die Daten und Abrechnung von Privatpatienten und Selbstzahler, werden aus Gründen der Rechnungsstellung digital gespeichert und müssen entsprechend der gesetzlichen Pflicht aufbewahrt 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 ✗

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.