Aufklärungsbogen

Praxis für
Physiotherapie
Claudia Schork

Rheinstraße 32
64283 Darmstadt
Telefon: 06151 21322
praxis@kg-schork.de
www.kg-schork.de

Patientenname: _____

Telefonnummer:_____

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.)?

_____

Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung:
Die Behandlung muss spätestens 28 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen. Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung selbst in der Regel für längstens 14 Tage unterbrochen werden.

Ausfallgebühr:
Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens **24 Stunden vor** dem Termin abgesagt werden. Wir müssen Ihnen ansonsten die Kosten für den uns dadurch entstandenen Schaden privat in Rechnung stellen. Die Gebühr beträgt, je nach Behandlung, mindestens 21,10 Euro.

Zuzahlung/Kostenübernahme:
- Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahre haben – sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind – eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro pro 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 % 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 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.
Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten: Andreas Lenz, Intelligent-Systemworks, Königsberger Str. 14, 64732 Bad König, Tel: 06063-8268775 – Mobil: 0175-4070460 – Mail: info@intelligent-systemworks.net

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 willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

_____ _____

Ort/Datum Patient/in – Bevollmächtigter – Sorgeberechtigter*

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder das er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.