



Walat SIMO Diplom Osteopath (DOT™ / DOTP™) / Physiotherapeut / Heilpraktiker

Praxis für Osteopathie & Physiotherapie

Anmeldung/ Aufklärungsbogen/ Einwilligung

Bei Minderjährige Name der Eltern:

Patientenname:.....Geburtsdatum:.....

Straße:.....PLZ/Ort:.....

Telefon:.....Mobil:.....

E-Mail:.....

Versichertenstatus: gesetzlich/privat.....Beihilfe: Ja / nein (Land / Bund)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?.....

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

nach dem Patientenrechtgesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Osteopathen, Heilpraktiker und 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 Angehörigen Vorerkrankungen vor? (z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankungen, Bluthochdruck, Allergie etc.)

.....

Therapiemaßnahme:

Folgende Behandlung ist vorgesehen:.....

Mögliche Komplikationen:

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

Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung:

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

Behandlungszeit/Behandlungskosten GKV/Beihilfe:

Die Behandlungszeiten werden uns vorgeben, darin enthalten sind die Zeiten für Dokumentation, Erstellung des Behandlungsplanes, Vor- und Nachbereiten der Behandlungsräume, evtl. Hilfestellung beim An- und Auskleiden. Weiterhin werden von uns vielseitige Verwaltungsaufgaben gefordert, wie Kontrolle der Verordnung auf Gültigkeit, Berechnen und Kassieren einer Rezeptgebühr. Dies alles ist im Preis einer Physiotherapieeinheit enthalten. Die aktuellen Preislisten und Behandlungszeiten können Sie bei Ihrer Krankenversicherung oder Online einsehen.

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

Ausfallgebühr:

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden (Schriftlich/Mail/Fax/SMS/Telefon). Wir müssten Ihnen ansonsten die Kosten in Höhe der Behandlungskosten für den uns dadurch entstandenen Schaden privat in Rechnung stellen. Für den Fall, dass meine Krankenkasse die Kosten meiner Behandlungen nicht oder nur teilweise bezahlt, verpflichte ich mich für die Begleichung der angefallenen Rechnungen und Schäden.

Handtücher:

Sofern Sie als Patient kein Handtuch/Laken für die Behandlungsliege mitbringen stellen wir den Patienten/innen eins zur Verfügung. Ich bin bereit eine kleine Spende hierfür zu leisten, da mir bekannt ist, dass hierdurch extrem viel Wäsche anfällt die kostenpflichtig gereinigt bzw. gewaschen werden muss.

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 die Behandlung ein.

Datenschutz:

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter den einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich im Aushang der Praxis gelesen und verstanden, auf Wunsch erhalte ich ein Exemplar meiner Rechte als Patient.

Ort, Datum:.....

Unterschrift

Patient/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter.....

Der Aufklärungsbogen wurde dem/ der Patienten/ in amausgehändigt.

Therapeut/in:.....