

ANMELDUNG & AUFKLÄRUNGSBOGEN (2024)

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Schreiben nach. Er dient Ihrer Anmeldung und Information. Bitte lesen Sie das Blatt aufmerksam durch, beantworten die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel.privat: _____ Tel.dienstl. _____

Tel.mobil: _____ e-mail: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Gesetzlich krankenversichert	<input type="checkbox"/>
Privat versichert	<input type="checkbox"/>
Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/>
Selbstzahler	<input type="checkbox"/>

Meine vorliegenden Befunde bringe ich zum ersten Behandlungstermin mit.

Vorerkrankungen: _____
(z.B. Osteoporose, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Allergien, Tumorerkrankungen)

Ich bin darüber informiert, dass ich Terminänderungen so früh wie möglich, spätestens jedoch 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagen muss. **Kurzfristig abgesagte oder versäumte Termine sind gemäß § 615 BGB zu erstatten und werden mir in Höhe meines Behandlungssatzes privat in Rechnung gestellt.** Für den Fall, dass die Behandlungskosten von meiner Krankenkasse nicht bezahlt werden, erkläre ich mich zur Übernahme der entstandenen Kosten bereit.

Die Behandlung gesetzlich-versicherter Patient*innen muss spätestens 28 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen, und darf längstens 14 Tage unterbrochen werden. Ansonsten verliert das Rezept seine Gültigkeit. Wir können ausschließlich gültige Rezepte annehmen und abrechnen.

Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren haben - sofern nicht von der Zuzahlung befreit - eine Zuzahlung in Höhe von € 10/Verordnung zuzüglich 10% des Rezeptwertes an die Physiotherapiepraxis zu zahlen. Die Praxis handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. Der Betrag ist bei der 2. Behandlung in bar zu bezahlen.

Wenn Sie privat versichert oder Selbstzahler sind, unterschreiben Sie vor Behandlungsbeginn eine Honorarvereinbarung.

Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns, im Rahmen der Therapie personengebundene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten, zu nutzen und zu Abrechnungszwecken an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weiterzugeben. 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 Abs.3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre.

Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit schriftlich von Ihnen widerrufen werden.

Wir sind bemüht, Hygienestandards einzuhalten. Bitte desinfizieren Sie Ihrer Hände beim Betreten der Praxis und ziehen Ihre Straßenschuhe aus, bevor Sie die Behandlungsräume betreten.

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ der Eltern

Unterschrift Praxis