

ANMELDUNG & AUFKLÄRUNGSBOGEN (2025)



Herzlich willkommen in unserer **Praxis für Physiotherapie Esebeck**

Nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Diese Aufklärung dient Ihrer Anmeldung und Information. Bitte lesen und beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende.

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **e-mail:** _____

Adresse: _____

Tel. Mobil: _____ **Tel.Festnetz:** _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen: ☐ Gesetzlich krankenversichert
☐ Privat versichert
☐ Beihilfeberechtigt oder Basistarif Privat
☐ Selbstzahler

☐ Ich bringe zum ersten Behandlungstermin alle vorliegenden Untersuchungsbefunde mit.

☐ Vorerkrankungen: _____

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

Hygiene ist uns zum Schutz aller ein wichtiges Anliegen. Bitte desinfizieren Sie Ihrer Hände beim Betreten der Praxis und ziehen Ihre Straßenschuhe aus, bevor Sie die Behandlungsräume betreten.

Die Behandlung gesetzlich-versicherter Patient*innen muss spätestens 28 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen. Ansonsten verliert das Rezept seine Gültigkeit. Wir können ausschließlich gültige Rezepte annehmen.

Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren haben - sofern nicht von der Zuzahlung befreit - eine gesetzlich festgelegte 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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden habe und mit den Modalitäten der Praxis einverstanden bin. 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. Ich habe keine weiteren Fragen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ der Eltern

Unterschrift Praxis