Aufklärungsbogen

Physiotherapie Binning

Dresdner Straße 176

01705 Freital

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beschwerden: _____

Nebendiagnosen/Vorerkrankungen:

- ☐ Osteoporose
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Asthma
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ sonstiges (bspw. andere Herz-/Gefäßerkrankungen, Tumorerkrankungen):

_____

Operationen: ☐ nein

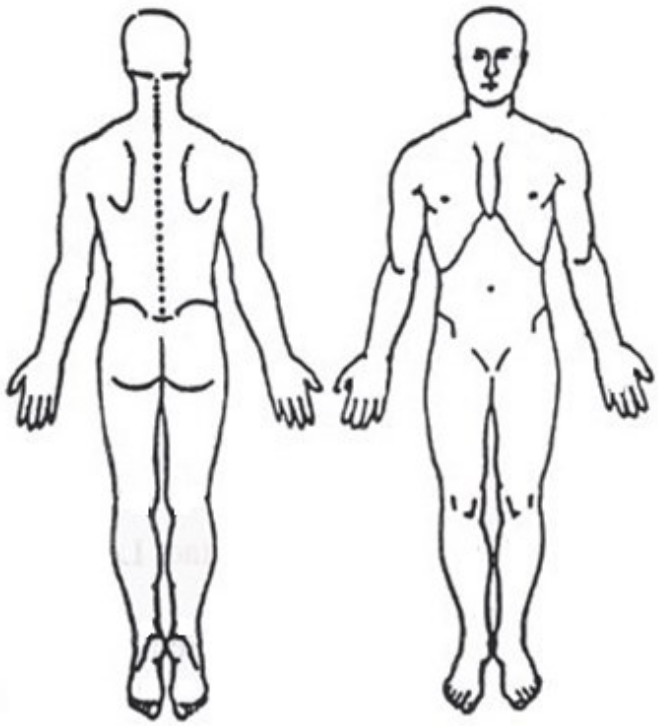
☐ ja, welche _____

Medikamente: ☐ nein

☐ Blutverdünner: _____ ☐ Schmerzmittel: _____

☐ Antidepressiva: _____ ☐ Herzmedikamente: _____

☐ Blutdruckmittel: _____ ☐ Sonstige: _____



Mögliche Komplikationen:

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Allerdings kann es nach den ersten Behandlungen zu einer kurzzeitigen Verstärkung der Beschwerden kommen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie Ihren Behandler.

Ausfallgebühr 20,00 Euro:

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens **24 Stunden vorher** (werktags) telefonisch oder persönlich abgesagt werden. Sollte der Termin nicht fristgemäß abgesagt werden, wird Ihnen eine Ausfallpauschale von **20,00 €** pro angerissene 30 min. privat in Rechnung gestellt und Sie erhalten Ihren Termin nach. Somit wird sichergestellt, dass Ihr Fachtherapeut Sie weiterhin betreuen kann.

Zuzahlung/Kostenübernahme:

Gesetzlich-versicherte Patienten ab 18 Jahre 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 das 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10% Zuzahlung 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.

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.

_____ _____

Ort, Datum Patient/-in/ Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter

Datenschutz:

Laut Datenschutzrichtlinien zum 25.05.2018 stehen Neuerungen an, die die Datenweitergabe Intern (unter den Angestellten dieser Praxis) sowie die Speicherung der Patientendatei neu regelt.

Wir behandeln alle Patientendaten vertraulich. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelten Ärzte, an Ihre Krankenkasse sowie an das Abrechnungszentrum RZH statt. Eine Weitergabe an andere Personen oder Stellen, als sie vorgenannten, findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich verpflichtet sind oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

Ich werde darauf hingewiesen, dass meine Akte bei Therapeutenwechsel innerhalb dieser Praxis durch mehrere Therapeuten weitergereicht werden darf. Sowie meine Gesundheitsdaten (Befunde, Anamnesebogen) sachgerecht über die Behandlung hinaus in meiner Kartei gesichert werden.
Das Aufrufen bzw. das ansprechen erfolgt wie gewohnt über Ihren Namen um eine Persönliche Betreuung und Behandlung vornehmen zu können, sollten Sie dies nicht wünschen sprechen Sie uns an.

☐ **Hiermit stimme ich zu** ☐ Ich stimme nicht zu

_____ _____

Ort, Datum Patient/-in/ Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter