



Peter's Physiotherapie

Asper Strasse 29  
32108 Bad Salzufen  
Tel: 05222 - 9807340

# Aufklärungsbogen

Patient\*innenname: \_\_\_\_\_ Name Therapeut/in: \_\_\_\_\_

Versichertenstatus:  gesetzlich  privat  Beihilfe

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,  
nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeut\*innen ebenso wie Ärzte/Ärztinnen zur Aufklärung ihrer Patient\*innen 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 die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt:

Hat der verordnende Arzt/Ärztin Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert?  Ja  Nein

## Vorerkrankungen:

Liegen bei Ihnen/Ihrem Kind/Ihrem Angehörigen Vorerkrankungen vor? (z. B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankung, Bluthochdruck, Allergie etc.)?

---

---

## Therapiemaßnahme:

Folgende Behandlung ist vorgesehen: \_\_\_\_\_

## Mögliche Komplikationen:

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Arzt/Ärztin bzw. Therapeutin/en.



### **Hinweis zu Behandlungsbeginn und Behandlungsunterbrechung:**

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben bzw. vertraglicher Vereinbarungen mit den Kostenträgern, muss die Behandlung innerhalb einer bestimmten Frist (z.B. bei Versicherten gesetzlicher Krankenkassen regelmäßig innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung) aufgenommen werden. Die Behandlung darf dabei nur im Rahmen der jeweils geltenden gesetzlichen Vorgaben bzw. vertraglichen Vereinbarungen unterbrochen werden. Mögliche Beispiele für Unterbrechungen sind: Krankheit oder Urlaub der oder des Versicherten bzw. des Leistungserbringers und therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechungen.

### **Ausfallgebühr:**

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Ansonsten sind wir berechtigt, Ihnen die Kosten in Höhe des Behandlungspreises für den uns dadurch entstandenen Ausfall privat in Rechnung zu stellen. Die Möglichkeit nachzuweisen, dass kein oder ein geringer Schaden bei uns entstanden ist, bleibt von dieser Vereinbarung unberührt. Etwas steht auch im Behandlungsvertrag

### **Zuzahlung/Kostenübernahme:**

- Gesetzlich versicherte Patient\*innen ab 18 Jahre haben – sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind – eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro je Verordnung zuzüglich 10 Prozent des Rezeptwertes an den Physiotherapeuten/die Physiotherapeutin zu zahlen. Vollendet der Patient/die Patientin während einer Behandlungsserie sein 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10 Prozent Zuzahlung zu leisten. Der Physiotherapeut/die Physiotherapeutin handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse.
- Privatversicherter und beihilfeberechtigter Patient\*innen empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären, da jede/r Privatversicherte/r individuelle Erstattungsvereinbarungen mit seiner Versicherung abgeschlossen hat. Eine mögliche Differenz zwischen Rechnungsbetrag der Praxis und Erstattung der Versicherung/Beihilfestelle ist von der Patientin/dem Patienten selbst zu tragen.

### **Datenschutz:**

Sie gestatten der oben genannten Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind/ Ihrem Angehörigen zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Diese Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sind für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Weitere Informationen entnehmen Sie der beigefügten Datenschutzerklärung.



## Einwilligung:

Den Informations- und Aufklärungsbogen, sowie die beigefügte Datenschutzerklärung habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich von dem Therapeuten/der Therapeutin persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als gesetzlich versicherte/r Patient/Patientin einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe. Ich wurde darauf hingewiesen, dass bei nichtrechtzeitiger Absage eines vereinbarten Termins eine Ausfallgebühr in Rechnung gestellt werden kann. Etwaiges steht auch im Behandlungsvertrag.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein. Ich willige ebenfalls in die Verarbeitung von personenbezogenen Daten ein, soweit hierfür nach Maßgabe der beigefügten Datenschutzerklärung eine Einwilligung erforderlich ist.

Der Informations- und Aufklärungsbogen, sowie die Datenschutzerklärung wurde dem/der Patient/in am \_\_\_\_\_ in Kopie ausgehändigt.

---

Ort/Datum

Patient/in, Bevollmächtigte/r, Sorgeberechtigte\*

---

Behandelnder Therapeut:in

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