

## Anmeldeformular/Aufklärungsbogen

Liebe Patient\*innen,

um einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, beachten Sie bitte Folgendes:

Bei der ersten Behandlung muss ein gültiges Rezept vorliegen.

Das Ausstellungsdatum darf nicht älter als 28 Tage sein.

Bitte denken Sie auch daran, ein eventuelles Folgerezept rechtzeitig einzuholen.

Eine Rezeptunterbrechung von mehr als 14 Tagen hat ggf. einen Rezeptabbruch zur Folge.

Wir möchten Sie darum bitten, die vereinbarten Termine einzuhalten, da die Therapieeinheit, auch wenn Sie sich verspätet haben, pünktlich beendet werden muss.

Wenn Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte mindestens einen Arbeitstag vorher, damit wir den Termin anderweitig vergeben können.

Vergessene oder zu spät abgesagte Termine müssen wir Ihnen mit **25,- Euro** pro Behandlungseinheit in Rechnung stellen.

Bedenken Sie bitte, dass die Krankenkassen die Kosten für eine Behandlung, die nicht wahrgenommen wird, nicht übernehmen.

Gesetzlich versicherte Patienten/innen, ab 18 Jahren haben, sofern keine Zuzahlungsbefreiung vorliegt, eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro pro Rezept zuzüglich 10 % des Rezeptwertes an den/die Leistungserbringer/in zu zahlen.

Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme mit Ihrer Krankenversicherung/Beihilfestellung zu klären.

Eine Behandlungseinheit beträgt 25 Minuten.

Dazu zählt die Vor – und Nachbereitung des Therapieplatzes, die Behandlung sowie die Dokumentation.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon beruflich

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
evtl. Telefon bevollmächtigte Person/en

Nach dem Patientenrechtgesetz sind Physiotherapeut\*innen, ebenso wie Ärzte, zur Aufklärung ihrer Patient\*innen verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Formular nach. Bitte beantworten Sie folgende Fragen und unterschreiben die Einwilligung am Ende des Formulars.

### **Informationen durch den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin:**

Wurden Sie über Diagnosen und beabsichtigte Therapiemöglichkeiten informiert? **Ja / Nein**

### **Vorerkrankungen/Operationen/Medikamente:**

\_\_\_\_\_  
In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie bitte umgehend Ihren Behandler.

### **Einwilligung:**

Das Anmeldeformular/den Aufklärungsbogen, und das Datenschutzformular habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Anamnesegegespräch/Aufnahmegespräch alle mich interessierenden Fragen klären bzw. stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift