

## Anmeldung / Behandlungsvertrag

**Patientenname:**

**Adresse:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Geburtsdatum:**

**Beruf:**

**Versicherung:**

**Privat-/Zusatzversicherung:** ja  nein

**Behandelnder Arzt:**

**Art der Behandlung:**

**Gebühr:**

**Hat der behandelnde Arzt Sie über die Diagnose und die Therapie informiert?**

ja  nein

**Haben Sie Vorerkrankungen, z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumore, Bluthochdruck?**

ja  nein

Falls ja, welche:

**Welche Therapiemaßnahmen sind vorgesehen?**

Liebe Patienten, Eltern, Angehörige,

laut Patientenrechtgesetz sind Physiotherapeuten, ebenso wie Ärzte, zur Aufklärung Ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht komme ich mit diesem Aufklärungsbogen nach. Er dient zu Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn gründlich durch und beantworten die oben stehenden Fragen. Abschließend unterschreiben Sie bitte die Einwilligungserklärung zur Behandlung am Ende des Bogens.

### **Mögliche Komplikationen:**

Bei einer physiotherapeutischen Maßnahme sind in der Regel keine Nebenwirkungen bekannt. Sollten bei Ihnen ungewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie mich bitte umgehend.

### **Ausfallgebühr:**

Bitte sagen Sie Ihren Termin mind. 24 Stunden vorher ab, falls Sie ihn nicht wahrnehmen können, da ich ihn ansonsten in Rechnung stellen werde.

### **Gebühren/Kosten:**

Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten rate ich im Vorfeld, die Höhe der erstattungsfähigen Sätze mit der jeweiligen Versicherung abzuklären.

### **Datenschutz:**

Sie gestatten der o.g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen oder Ihrem Kind zu verarbeiten und zu nutzen. Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistungen notwendig. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber der o.g. Praxis. Nach §630 f. Abs.3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten zehn Jahre. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich widerrufen werden.

**Einwilligung:**

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich von Frau Ulrike Hartl persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle für mich relevanten Fragen klären.

Ich willige in die oben vermerkten Therapiemaßnahmen ein.

[Redacted signature area]

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/Eltern/Bevollmächtigte)

Hiermit bestätige ich, dass ich von Ulrike Hartl über die Tarife aufgeklärt wurde und akzeptiere, dass ich die erhaltenen physiotherapeutischen Leistungen selbst bezahlen muss, falls diese nicht von meiner privaten Kranken- oder Zusatzversicherung erstattet werden.

[Redacted signature area]

Ort, Datum, Unterschrift