

Aufklärungsbogen/ Patienteninformation/
Datenschutzerklärung 21

Patientenname.

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Versichertenstatus:

Liebe Patienten, Eltern, Angehörige,

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

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

Vorerkrankungen: Z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumore, Bluthochdruck?

Welche Therapiemaßnahmen sind vorgesehen?-----

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. 24h 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 . 3BGB 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.

.....
Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Eltern/ Bevollmächtigte -----