



Aufklärungsbogen für

Name des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Versicherungsstatus: gesetzlich privat Beihilfe

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,

DKB Berlin
BYLADEM1001
DE58 1203 0000 1037 5732 66

nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten 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 den behandelnden Arzt:

Hat der verordnende Arzt 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.)?

Nein Ja Welche? _____

Sind sie schwanger? _____ (Beantwortung dient der Einschätzung von Behandlungsmöglichkeiten)

Therapiemaßnahme:

Behandlung laut Verordnung des Arztes des jeweils aktuellen Rezeptes.

Mögliche Komplikationen:

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

Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung:

Die Behandlung muss spätestens 14 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen. Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung selbst in der Regel für längstens 28 Tage unterbrochen werden.

Terminvereinbarung / Ausfallgebühr:

**Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden- —
telefonisch auf dem Festnetz 07433-385234 oder persönlich -
keine SMS /Threema und/oder E-Mail !!!**

Wir müssen Ihnen ansonsten die Kosten für den uns dadurch entstandenen Schaden privat in Rechnung stellen.

---Sollten Sie einen Termin zwischen 6 und 7 Uhr morgens auf dem Terminplan finden, bedeutet das, daß Sie für diesen Tag noch keinen festen Termin haben, aber bei uns auf der Prioritätsliste für einen freiwerdenden Termin stehen – wir nehmen Kontakt mit Ihnen auf, sobald ein Termin frei werden sollte)

---Sollte es aus organisatorischen Gründen notwendig sein eine andere Behandlerin einzusetzen hat diese die Qualifikationen, die zu Ihrer Behandlung nötig sind.

---Sollte Ihr Arzt Ihnen Hausbesuche verordnet haben, bitten wir Sie ca. 15 Minuten vor dem Termin bereits zu Hause zu sein.

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 sein 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10% Zuzahlung zu leisten. Der Physiotherapeut handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. Da wir eine bargeldlose Praxis sind, bekommen sie zum ersten Termin eine Rechnung, die sie bitte umgehend überweisen.

Sollten Sie Ihren Eigenanteil nicht bis spätestens 1 Woche nach der letzten Behandlung überwiesen haben, rechnen wir diesen mit Ihrer Kasse ab, die sich dann wiederum an Sie wenden wird.

Bei Nichtvorlegen eines gültigen Rezeptes verpflichte ich mich die Behandlung privat zu bezahlen, falls es nicht nach 1 Woche nachgereicht werden kann.

---Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären.

Datenschutz:

Sie gestatten der o. g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Entbindungen von der Schweigepflicht gegenüber anderen Einrichtungen erfolgen separat.

Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Praxisinhaber. Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weitergegeben werden. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift erlaube ich der Praxis Heike Hartmann die Datenübertragung zur Terminabsprache sowie evtl. auch meiner Gesundheitsdaten (Rezepte, Arztberichte usw.) über **Email und SMS sowie Threema (unsere Kennung XCBAJ54V)**. Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet (z.B. bei der Kommunikation per E-Mail) Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich.

Fotos / Videos:

Sollten von der Praxis Heike Hartmann Fotos oder bewegte Bilder zur Behandlungsdokumentation bzw. zum Austausch mit Ärzten bzw. mitbehandelnden Therapeuten gemacht werden / worden sein, so erlaube ich der Praxis Heike Hartmann, diese zur Ergänzung der Behandlung zu verwenden. Sollten wir die Bilder / Videos für Werbung, Darstellung im Internet oder bei Fortbildungen verwenden wollen, werden wir Sie darauf ansprechen, es bedarf dazu einer weiteren Vereinbarung. (Darstellervertrag)

Videoüberwachung:

Die Videoüberwachung an der Rezeption mit Kasse dient nach §4 BDSG (neu) zur Wahrung der Interessen der Praxis Hartmann (Ausübung des Hausrechts, Vorbeugung bzw. Aufklärung von Straftaten). Sämtliche Daten werden spätestens nach 10 Tagen gelöscht, sofern diese nicht zur Aufklärung von Straftaten den zuständigen Polizeibehörden übergeben wurden. Sollten Sie weitere Auskünfte wünschen oder Ihr Beschwerderecht in Anspruch nehmen, wenden Sie sich an uns.

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. Die Haftung der Praxis Heike Hartmann für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen.

Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Erfüllungsgehilfen - für Vorsatz.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV-Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe.

Widerspruchsrecht

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

Balingen, den _____

Patienten*in / Bevollmächtigte*r / Sorgeberechtigte*r (möglichst beide Elternteile)

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht Ansonsten bitte zum nächsten Termin nachreichen

Der Aufklärungsbogen wurde dem/der Patienten/in am

ausgehändigt.