

## Informations- und Aufklärungsbogen



Wiener Platz 2- 51065 Köln

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

PLZ & Ort:.....

Telefonnummer:.....

Email:.....

**Versichertenstatus:** \_\_\_\_\_

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

nach dem Patientenrechtegesetz sind PhysiotherapeutInnen ebenso wie ÄrztInnen zur Aufklärung ihrer PatientInnen 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 oder Ihren/r Angehörigen Vorerkrankungen vor? (z.B Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankungen, Bluthochdruck, Allergie etc.)?

---

---

### **Mögliche Komplikationen:**

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

**Hinweis zu Behandlungsbeginn und Behandlungsunterbrechung:**

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben bzw. vertraglicher Vereinbarung mit den Kostenträger, muss die Behandlung innerhalb einer bestimmten Frist (z.B. bei Versicherten gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von 14 (dringlicher Behandlungsbedarf) bzw. 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung) aufgenommen werden. Die Behandlung darf dabei nur im Rahmen der jeweils geltenden Vorgaben bzw. vertraglichen Vereinbarungen unterbrochen werden. Die BG - Verordnung muss innerhalb der Frist von 7 Tagen eingehalten werden.

**Ausfallgebühr:**

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Wir müssen Ihnen ansonsten die Kosten für den uns entstandenen Ausfall privat in Rechnung stellen.

**Zuzahlung/Kostenübernahme:**

Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren haben - sofern Sie nicht von der Zuzahlung befreit sind- eine Zuzahlung in Höhe von 10 € je Verordnung zuzüglich 10 % des Rezeptwertes an die Physiotherapie Praxis zu zahlen. Vollendet der Patient während einer Behandlungsserie sein 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10 % Zuzahlung zu leisten.

Die Physiotherapie Praxis handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. Diese Zuzahlung ist unmittelbar zu entrichten. Dies bedeutet zum Beispiel zum ersten, spätestens jedoch zum zweiten Behandlungstermin jeder Verordnung.

Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer privaten Krankenversicherung/ Beihilfestelle zu klären, da jeder Privatversicherte individuelle Erstattungsvereinbarung mit seiner Versicherung abgeschlossen hat.

**Datenschutz:**

Sie gestalten die o.g. Praxis im Rahmen der Therapie, um die personenbezogenen Daten von Ihnen/ Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

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 zum Zweck der Abrechnung weitergegeben werden. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

**Einwilligung:**

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich von der Physiotherapie Praxis persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als gesetzlicher Patient einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe. Als Privatversicherte ebenfalls die Honorarvereinbarung einhalten werde.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

---

Ort/ Datum

---

Patienten/in/Bevollmächtigte/Sorgeberechtigter\*

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

## **Hinweise**

- a) **Die gesetzlichen Krankenkassen** erstatten die Behandlung durch den Heilpraktiker nicht
- b) **Privat Krankenversicherte, privat Zusatzversicherte sowie beihilfeberechtigte Personen** können die anfallenden Kosten bei ihrer Versicherung geltend machen und erhalten je nach dem individuellen vereinbarten Tarif Erstattungsleistungen. Es ist jedoch der volle Rechnungsbetrag fällig, unabhängig von der Erstattungsleistung des Versicherers/ der Beihilfestelle. Bitte beachten Sie auch, dass die Kosten für Nahrungsergänzungsmittel und nicht rezeptpflichtige Medikamente von Ihrer privaten Krankenversicherung/Zusatzversicherung / Beihilfestelle nicht immer erstattet werden.

Die Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen.

Die Erstattung ist in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen Gebührenverzeichnis und Heilpraktiker - Honorar sind vom Patienten zu tragen.

Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker Honorar. Der Rechnungsbetrag des Heilpraktikers ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

- c) Die Behandlung durch HeilpraktikerInnen ersetzt eine ärztliche Therapie nicht vollständig. Sofern ärztlicher Rat oder Behandlung erforderlich ist, wird die/die HeilpraktikerIn unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung durch HeilpraktikerInnen nicht möglich ist.
- d) Es wird gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) ausdrücklich darauf hingewiesen, dass durch den/die HeilpraktikerIn kein Versprechen auf Heilung oder Linderung gegeben wird.
- e) Heilpraktiker dürfen keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen.
- f) Die Behandlungsrelevanten, persönlichen Angaben und medizinische Befunde des Patienten werden in einer Patientenkartei erhoben und gespeichert.

## **Einwilligung**

Ich bestätige, dass ich die Patienteninformationen und die Einwilligung gemäß des DS- GVO erhalten und unterschrieben habe.

Ich bin darüber informiert worden, dass vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vor dem Terminbeginn abgesagt werden müssen. Nicht oder zu spät abgesagte Termine werden mit dem vollen Stundensatz in Rechnung gestellt.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mir Therapiepläne und etwaige Dokumente externer Dienstleister per E-Mail zugeschickt werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in