



## Aufklärungs- und Einwilligungsbogen

für **gesetzlich** krankenversicherte Patientinnen und Patienten,

Patientenname	Geburtsdatum
---------------	--------------

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

herzlich Willkommen in der Praxis „Physio & Therapie am Hafen“.

Nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungs- und Einwilligungsbogen nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

### Mögliche Komplikationen:

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

### Behandlungsbeginn / Behandlungsunterbrechung:

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

### Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Sie sind daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten, und falls erforderlich, **Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen**, damit die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden wir Ihnen lt. Gültiger Preisliste, pro Ausfall den Termin privat in Rechnung stellen, auch bei Krankheit Ihrerseits.

Die Terminabsagen können telefonisch (auch auf dem AB), per SMS oder per E-Mail – auch am Wochenende! – erfolgen.

### Zuzahlung / Kostenübernahme:

Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahre haben, sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind, eine Zuzahlung in Höhe von 10,- € / Verordnung zzgl. 10% des Rezeptwertes an den Physiotherapeuten zu zahlen. Der Physiotherapeut handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. Diese Zuzahlung ist bei Behandlungsbeginn sofort fällig.



### **Einwilligung:**

Den Aufklärungs- und Einwilligungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Therapeuten persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als gesetzlich krankenversicherter Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe. Ich willige in die mir vom Arzt verordnete Behandlung ein und habe diese Aufklärung schriftlich in Kopie erhalten.

### **Schweigepflichtentbindung**

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation.

Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumentationen, Behandlungsberichte und Rezeptänderungen per Fax/Post) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf weiteres. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben. Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen

### **Einwilligung zur Datenweitergabe:**

Zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Heilmittelverordnungen für Ihre in Anspruch genommenen Therapieleistungen durch die AKM – Abrechnungsservice in Hamburg bearbeitet. Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.

Wir bitten Sie daher, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung freiwillig ausstelle.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Lübeck, den

---

Unterschrift des Patienten bzw.  
seines gesetzlichen Vertreters