

Anmelde- und Aufklärungsbogen

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

nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung Ihrer Patient*innen verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir, PhysioFitness Walldorf, Praxis für Physiotherapie, Bahnhofstr.15, 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.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Abweichender Versicherungsnehmer/Rechnungsempfänger: _____

Anschrift: _____

Tel./Mobil: _____ E-Mail: _____

Information durch den behandelnden Arzt:

Hat der verordnende Arzt Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert?

☐ ja ☐ nein

Ausfallgebühr:

Unsere Praxis ist eine reine Bestellpraxis, d.h. dass die vorher abgesprochenen Therapiezeiten für Sie reserviert werden. Da die Krankenkasse nur durchgeführte Stunden bezahlt, ist es notwendig, dass Sie die vereinbarten Termine einhalten. Sofern Sie einen Termin **nicht** wahrnehmen können, muss dieser **mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden**. **Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt. Dies gilt bei Verhinderungen aller Art z. B. Krankheit, Stau, geschäftlich etc.**

Vorerkrankungen:

Liegen bei Ihnen/Ihrem Kind/Ihrem Angehörigen Vorerkrankungen vor? (z. B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankung, Bluthochdruck, Allergie etc.)? _____

Mögliche Komplikationen:

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkung. Es kann jedoch für kurze Zeit eine sogenannte Erstverschlimmerung, sowie Schmerzen, Hämatome etc. eintreten, sowie bei Behandlungstechniken der Manuellen Therapie zu leichten Hautirritationen und Hämatomen kommen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihre*n Behandler*in.

Zuzahlung/Kostenübernahme:

- Gesetzlich Versicherte ab 18 Jahre haben – **sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind** – eine Zuzahlung in Höhe von 10 €/Verordnung zuzüglich 10 % des Rezeptwertes an die beauftragte Physiotherapeutische Praxis zu zahlen. Die Zuzahlung wird am **ersten Behandlungstag** für die gesamte Behandlungsserie fällig. Vollendet der Patient während einer Behandlungsserie sein 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10 % Zuzahlung zu leisten. Die physiotherapeutische Praxis handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. Sollte die Behandlung abgebrochen werden, haben Sie einen Anspruch auf Erstattung der zu viel geleisteten Zuzahlung.
- Privat Versicherten und Beihilfeberechtigten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären. Bitte beachten Sie die Information für Privatversicherte (auch mit Beihilfeberechtigung) auf der Rückseite Ihrer individuellen **Honorarvereinbarung**, welche Sie für Ihre Unterlagen von uns erhalten.

Wartezeit:

Bitte beachten Sie: in Ausnahmefällen kann es zu kurzen Wartezeiten (bis zu 15min) kommen.

bitte wenden ►

Datenschutz (Erhebung/Speicherung/sonstige Verarbeitung und Nutzung von Daten):

Sie gestatten der o. g. Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten von Ihnen/Ihrem Kind/Angehörigen/Betreuten 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; danach werden sie datenschutzkonform vernichtet. Die gesetzlichen Krankenkassen bedienen sich zur Abrechnung der von uns erbrachten Therapieleistungen der Dienstleistungen einer Abrechnungsstelle. Hierfür werden personenbezogene Daten, insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen, an das jeweilige Abrechnungszentrum weitergegeben. Dafür und zur Einhaltung der EU-Datenschutzgrundverordnung ist es notwendig, dass Sie in die (elektronische) Verarbeitung und Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten einwilligen. Wir bitten Sie daher, uns die untenstehende Einwilligungserklärung mittels Unterschrift zu erteilen.

Mit meiner Unterschrift am Ende des Dokumentes, erteile ich der Praxis PhysioFitness Walldorf, Bahnhofstr. 15, 69190 Walldorf, für die aktuelle und alle zukünftigen Behandlungsreihen, die Einwilligung in die Datenweitergabe zur Abrechnung mit den zuständigen Krankenkassen und deren Abrechnungszentren.

Bei der Erfassung der Gesundheitsdaten mit unserer Trainingssoftware Lanista handelt es sich um, für die Durchführung des Trainings bestimmte Daten, insbesondere für Ihre Trainingsplangestaltung, um Angaben zu Alter, körperlicher und gesundheitlicher Verfassung. Dies schließt ferner die Beurteilung, Aufbereitung und Bewertung der Trainingsergebnisse und des Trainingsfortschrittes, sowie der körperlichen und gesundheitlichen Verfassung des Kunden durch die Praxis ein. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung erfolgt zum Zweck der Durchführung des Trainings, insbesondere zur Nachverfolgung der Trainingsergebnisse und des Trainingsfortschrittes, sowie zur Vermeidung von körperlichen und gesundheitlichen Schäden. Mit meiner Unterschrift am Ende des Dokumentes, willige ich in die Erhebung, Verarbeitung sowie Nutzung und Speicherung meiner Gesundheitsdaten zu den unter vorstehendem Absatz ‚Datenschutz‘ beschriebenen Zwecke ausdrücklich ein.

Die vorstehenden Erklärungen, gelten auch für zukünftige Behandlungen und können jederzeit von Ihnen schriftlich, ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Schweigepflichtsentbindung:

Zur Durchführung einer hochwertigen qualitätsgesicherten Therapie für eine reibungslose Kommunikation entbinde ich: Die Praxis PhysioFitness Walldorf, Bahnhofstr.15 gegenüber folgender Person/en_____ der Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtsentbindung bezieht sich auf den Zweck der Durchführung und Information über die verordnete Therapie.

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

Newsletter:

Sind Sie damit einverstanden, von uns per E-Mail über Aktuelles und Neuigkeiten informiert zu werden:

☐ ja ☐ nein

Ich willige in die Behandlung ein und habe alle Informationen im o.g. Formular zur Aufklärung und Anmeldung bei PhysioFitness Walldorf Bahnhofstr. 15, Praxis für Physiotherapie und Training zur Kenntnis genommen.

Der Aufklärungsbogen als Informationsblatt wurde dem/der Patienten/in bzw. Unterzeichner/in ausgehändigt und kann jederzeit auf unserer Homepage www.physiofitness-walldorf.de eingesehen und heruntergeladen werden.

Walldorf, den _____ Patient*in/Bevollmächtigte*r/Sorgeberechtigte*r _____

*bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte*r. 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.