

# PHYSIOTHERAPIE

## Anmelde-/Aufklärungsbogen



Physiotherapie - Logopädie  
Kinderphysiotherapie - Ergotherapie

**Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus, damit erleichtern Sie uns die Arbeit.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Ihr(e) Therapeut(in): \_\_\_\_\_  
Vorname Patient: \_\_\_\_\_  
Nachname Patient: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.: privat/dienstlich: \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Versicherungsstatus:**  gesetzlich  befreit (bitte Befreiungskärtchen vorlegen)  
 privat  privat mit Beihilfe

**Name der Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Überweisender Arzt:** \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

\_\_\_\_\_

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

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 die folgenden Fragen und unterschreiben die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens (Rückseite).

### **Informationen durch den behandelnden Arzt:**

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

ja  nein

Nehmen Sie Medikamente, z.B. Herzmedikamente, Diabetes, Blutverdünner etc. (wenn ja, welche):

\_\_\_\_\_

Wurden Operationen durchgeführt (wenn ja, wann und welche):

\_\_\_\_\_

Liegen bei Ihnen Vorerkrankungen vor (z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Allergien etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Mögliche Komplikationen:**

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außer- gewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie bitte umgehend ihren Behandler.

### **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.

### **Ausfallgebühr:**

Vereinbarte Termine müssen spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn abgesagt werden. Hierbei genügt auch eine Nachricht auf unserem Anrufbeantworter. Wir werden Ihnen ansonsten die Kosten für den uns dadurch entstandenen Schaden / Ausfall privat in Rechnung stellen.

### **Zuzahlung/Kostenübernahme:**

Gesetzlich Versicherte Patienten ab dem 18. Lebensjahr haben – sofern sie nicht von der Zuzahlungspflicht befreit sind – eine Zuzahlung in Höhe von 10 % des Rezeptwertes zuzüglich einer Rezeptgebühr von 10 Euro für jedes laufende Rezept zu leisten. Vollendet der Patient während einer Behandlungsserie sein 18. Lebensjahr, sind von den noch verbleibenden Behandlungen 10 % Zuzahlung zu leisten. Der Therapeut handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse.

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

### **Schweigepflichtentbindung**

Hiermit entbinde ich die Praxis für Physiotherapie, Therapiepunkt Selfkant von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Ärzten, anderen therapeutischen Einrichtungen, der Abrechnungsstelle opta data, Rentenversicherungen und Krankenkassen. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

### **Datenschutz:**

Ich habe den zweiseitigen Datenschutz erhalten.

### **Einwilligung:**

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV-Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe (gilt nicht für Kinder unter 18 Jahren).

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

---

Ort, Datum

---

Patient, Bevollmächtigter, Sorgeberechtigter