

## AUFKLÄRUNGSBOGEN ZUR PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG

Patientenname: \_\_\_\_\_

Praxis (Stempel): \_\_\_\_\_

Name des/der Behandlers/in: \_\_\_\_\_

Versichertenstatus:  Gesetzlich  Privat  Beihilfe

Wenn Beihilfe: Bundesbeamter oder Landesbeamter?

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

Physiotherapeuten sind verpflichtet, ihre Patienten vor Beginn der Behandlung aufzuklären. Dieser Bogen dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam, beantworten Sie die Fragen und unterschreiben Sie am Ende.

Information durch den behandelnden Arzt:

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

Ja  Nein \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen:

Liegen Vorerkrankungen vor? (z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankung, Bluthochdruck, Allergien etc.)

---

### Therapiemaßnahme:

Folgende Behandlung ist vorgesehen:

---

### Mögliche Komplikationen:

Physiotherapeutische Maßnahmen sind in der Regel ohne Nebenwirkungen. Sollten außergewöhnliche Beschwerden auftreten, informieren Sie bitte umgehend Ihren Behandler.

### Behandlungsbeginn / Behandlungsunterbrechung:

Die Behandlung muss spätestens 14 Tage nach Ausstellung der Verordnung beginnen.

Erster Behandlungstermin am: \_\_\_\_\_

Eine Behandlungsserie darf in der Regel nicht länger als 14 Tage unterbrochen werden.

### Ausfallgebühr:

Vereinbarte Termine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls kann der Termin privat in Rechnung gestellt werden.

**Zuzahlung / Kostenübernahme:**

Gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren zahlen – sofern nicht befreit – 10 € pro Verordnung zzgl. 10 % des Rezeptwertes.

Patientinnen und Patienten, die privatversichert oder beihilfeberechtigt sind, sollten vor Beginn der Behandlung mit ihrer Krankenkasse oder Beihilfestelle klären, in welchem Umfang die Kosten für die geplanten Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, manuelle Therapie) übernommen werden. So können Sie sicherstellen, dass die Behandlungskosten entsprechend Ihrer Versicherung erstattet werden und es im Nachhinein nicht zu unvorhergesehenen Eigenanteilen kommt.

**Datenschutz:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Behandlung erhoben, verarbeitet und gespeichert werden. Die Aufbewahrung erfolgt gemäß gesetzlicher Vorgaben.

**Einwilligung:**

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. Ich konnte Fragen stellen und willige in die oben genannte Behandlung ein.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in / Sorgeberechtigter: \_\_\_\_\_

Unterschrift Behandler/in: \_\_\_\_\_