



Anmelde- und Aufklärungsbogen

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus und lesen Sie den Aufklärungsbogen sorgfältig durch!

Namen, Vornamen:		Geburtsdatum:	
Straße:		PLZ/Wohnort:	
Telefon privat:		Telefon dienstlich:	
Mobil:		Email-Adresse:	
Versichertenstatus <input type="checkbox"/> gesetzlich gebührenpflichtig <input type="checkbox"/> gesetzlich befreit <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe			
Diagnose:		Rezept vom:	
Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?			

Nach dem Patientenschutzgesetz (§630a BGB und SGB V) sind Physiotherapeuten ebenso Ärzte zur Aufklärung der Patienten verpflichtet.

Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen nach. Bitte füllen Sie diesen vollständig aus.

- Hat der verordnende Arzt Sie über die Diagnose aufgeklärt? Ja Nein
- Hat Ihr Arzt Sie über die verordnete Therapieform informiert? Ja Nein
- Ich habe, alle mir bekannten **Vorerkrankungen**, im Anamnesebogen eingetragen? Ja Nein

Meine ärztliche Verordnung lautet: (Bitte ankreuzen) KG MT MLD KG-ZNS KGG D1

- Ich bin darüber informiert, dass sich die kassenärztliche Verordnung ausschließlich auf die auf dem Rezept angegebene Diagnose: _____ bezieht.

Ihre Krankenkasse schreibt vor, dass Sie die Behandlungen _____ pro Woche wie vom Arzt verordnet durchführen. Deshalb halten Sie ausgemachte Termine bitte ein.

Terminverschiebungen sind nur in Ausnahmefällen möglich.

- Ich bin in Kenntnis gesetzt, dass zu spät abgesagte (**spätestens 24h vor dem Termin**) oder nicht eingehaltene Termine mir zum Kassensatz privat in Rechnung gestellt werden.

Im Namen Ihrer Krankenkasse ziehen wir zu Beginn Ihrer Behandlung die **gesetzliche Zuzahlung** ein.

- Den Aufklärungsbogen und die Informationen über das Heilmittel habe ich gelesen und verstanden. Eventuelle Fragen werde ich in meiner ersten Behandlung stellen.

Datenschutz

Sie gestatten uns im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen oder Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistungen erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die erhobenen Daten. Nach §630 f Abs 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich alle Angaben meines ausgefüllten Bogens und willige der verordneten Behandlung/Behandlungen ein.

Lindau, _____
Datum

Patient/in/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter

Bitte zur ersten Behandlung mitbringen!

- ❖ die **ausgefüllten** Unterlagen:
 - Anamnesebogen
 - Anmeldung
- ❖ **Rezeptgebühr** (je nach Verordnung zwischen 20-50€)
- ❖ **Krankenkassen-Versicherungskarte**
- ❖ ein **großes Badehandtuch**
- ❖ ggf. kurze Hose oder Sportbekleidung
- ❖ bei Gangunsicherheit Antirutsch-Socken

Herzlichen Dank

Ihr Physio team der Praxis Schmid & Halbing