Physiotherapie Schmid & Halbing, Stegmühlenweg 1a, 88131 Lindau

Anmeldungs-und Aufklärungsbogen

Schmid & Halbing
Physiotherapeuten

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

Namen, Vornamen:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ/Wohnort:
Telefon privat: Mobil:	Telefon dienstlich: Email-Adresse:
Versichertenstatus ☐ gesetzlich gebührenpflichtig ☐ gesetzlich befreit ☐ privat ☐ 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 KGG KG-ZNS MLD

☐ Ich habe die Informationen bezüglich meines verordneten Heilmittels auf der Praxishomepage gelesen.

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

☐ 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.

☐ Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Eventuelle Fragen über die anzuwendenden Maßnahmen 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