

MT-Physiowelt Martin Tilsner, Zwingenburgstr. 21, 74821 Mosbach, Tel.: 06261/893093

Reha Sport Verein Mosbach e.V., Zwingenburgstr. 21, 74821 Mosbach

Patientenname: _____ Therapiemaßnahme/n: _____

Aufklärungsbogen

(Legende: GKV = gesetzliche Krankenversicherung, PKV = private Krankenversicherung)

Liebe Patientin, lieber Patient, lieber Rehasportteilnehmer, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtgesetz 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 diesen aufmerksam durch und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Kenntnisnahme und damit zur Behandlung, am Ende des Bogens.

- Termine einhalten. Sollten Sie an einem Termin verhindert sein, teilen Sie uns dies **24 Stunden vorher** mit. Auf diese Weise können wir den Termin einem anderen Schmerzpatienten geben. Sollten Sie nicht rechtzeitig oder gar nicht absagen, berechnen wir 23.-€ (inkl. Verwaltungsgebühr). Der Betrag ist sofort fällig.
- Behandlungsbeginn/Rezeptgültigkeit: eine Behandlung muss spätestens begonnen werden: a) GKV 14 Tage und BG innerhalb 7 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung.
Erster Behandlungstermin ist am: _____
Bei einer Behandlungsserie, entspricht GKV Rezept, darf die Behandlung im Regelfall für längstens 14 Tage unterbrochen werden.
Rezepte der gesetzlichen Krankenkasse haben eine Gültigkeit von 12 Wochen mit dem Ausstelldatum beginnend.
- Wenn Sie Fragen an den Therapeuten haben, stellen Sie diese bitte gleich **zu Beginn**. Nach der Behandlung muss der Therapeut zum nächsten Patienten.
- Zur Rezeptprüfung sind wir verpflichtet. Wir sind gesetzlich verpflichtet, die Rezepte auf Richtigkeit zu prüfen. Sollte ein Rezept einen formalen Fehler haben, oder mit dem aktuellen Heilmittelkatalog nicht übereinstimmen, muss dieser umgehend, vor Behandlungsbeginn, vom Arzt berichtigt werden. Hierzu benötigen wir **Ihre Unterstützung**, das Rezept beim verordnenden Arzt berichtigen zu lassen. Mit einem Begleitschreiben helfen wir Ihnen gerne weiter. Andernfalls lehnt Ihre Krankenkasse eine Zahlung der Therapie ab.
- Rezeptgebühr, gesetzlich festgelegt. Gesetzlich Versicherte Patienten ab 18 Jahren, sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind gesetzlich dazu verpflichtet eine Zuzahlung z. Z. in Höhe von 10€/Verordnung, zuzüglich 10% des Rezeptwertes an den Physiotherapeuten zu bezahlen.
- Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die **Kostenübernahme** vor Behandlungsbeginn mit Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären.
- Generell: eine **Rechnungszusendung** müssen wir jeweils mit einem Porto in Höhe von **2,50€ berechnen**.
- Unterschrift auf dem Rezept jedes Mal. Bitte unterschreiben Sie nach jeder Behandlung auf Ihrem Rezept.
- Ärztliche Befunde helfen uns weiter. Bringen Sie Ihre aktuellen ärztlichen Befunde mit. Tun Sie dies auch, wenn die physiotherapeutische Behandlung bereits begonnen hat.
- Bitte bringen Sie immer mit... ein großes Handtuch und Ihren Terminzettel, um ggf. Terminänderungen dort einzutragen.
- Arztbrief/Rückruf zum Arzt: Wird ein Arztbrief oder Rückruf beim Arzt benötigt: a) gesetzlich versichert: fällt dies in die Behandlungszeit b) privat versichert: fällt der Anruf in die Behandlungszeit, der Arztbrief wird in einer extra Zeit verfasst und dem Patienten berechnet.
- Hausbesuch, dafür planen wir viel Zeit ein. Für einen Hausbesuch planen wir neben Ihres Termins Anfahrt- und Rückfahrtzeiten ein. Wir bitten um Verständnis, wenn wir uns trotzdem einmal verspäten, auf Grund von Verwaltungsarbeiten und Patientenangelegenheiten in der Praxis.
- **Information durch den behandelnden Arzt**
Hat der verordnende Arzt Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert? Bitte ankreuzen.
Ja nein

- **Mögliche Komplikationen**

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Behandler.

Patientenstammdaten und medizinisches Auskunftsblatt

Zusätzlich erhalten Sie ein Patientenstammdatenblatt. Wir benötigen die Informationen, um die richtigen personenbezogenen Daten einzupflegen. Bitte füllen Sie auch die medizinischen Fragen aus, wie z.B. Vorerkrankungen, Symptome, auslösende Faktoren für Ihr Problem und Ihr Alltagsziel.

Patienten-/Kundeninformation zum Datenschutz

Sie gestatten der o.g. Praxis und dem Verein, im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten, zu speichern und zu nutzen.

Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung (Ihre Krankenkasse, Rechnungsstellung, Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Abrechnungszentrum, Finanzamt, Steuerberater) 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. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weitergegeben werden. Die vorstehende Erklärung kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Wir verwenden Ihre Mailadresse zur Versendung Ihrer Behandlungs- und Beratungstermine. Diese Daten werden unverschlüsselt versendet.

Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Einrichtung ist der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungs- bzw. Dienstleistungsvertrag (Art. 6 Abs. 1b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3 DSGVO und §22 Abs. 2 Nr. 1b BDSG), uns bindende sozialgesetzliche und rahmenvertragliche Vorgaben, sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Geschäftszwecke (Art. 6 Abs. 1f DSGVO).

Datenschutzbeauftragte: Laura Tilsner, Zwingenburgstr. 21, 74821 Mosbach

Einwilligungserklärung

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 bezahlen habe.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung, Datenspeicherung und -verarbeitung ein. Terminversendung per E-Mail wird unverschlüsselt durchgeführt.

Ort, Datum

Patient/in, Bevollmächtigte/r, Sorgeberechtigte/r*

behandelnde/r Physiotherapeut/in, Trainer/in

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis des anderen Elternteils handelt.

Um eine korrekte Abrechnung vornehmen zu können, bitten wir Sie um folgende Daten:

Nachname _____ Name _____

Geburtstag _____ Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Mobil _____ (SMS zur Absage im Krankheitsfalle des Therapeuten)

E-Mail _____ (unverschlüsselte Mail, Mitteilung Ihrer Termine)

Ihre Krankenkasse _____ Sind Sie beihilfeberechtigt? _____

Zu welcher Zeit können Sie? _____

Beruf _____ Hobby _____

Medikamente (bspw. Blutdruckmittel, Blutverdünner, Schmerzmittel, Insulin etc.) _____

Ihre Beschwerden und wodurch wurden/werden diese ausgelöst? _____

Hatten Sie diesbezüglich einen Unfall oder eine Operation, wenn ja was und wann:

Nebenerkrankungen/Vorerkrankungen _____

Auslösende Faktoren/Bewegungen für Ihr Problem _____

Welches Alltagsziel möchten Sie mit Hilfe der Therapie erreichen? _____

Machen Sie Sport, wenn ja welchen und wie oft in der Woche?

Ort, Datum

Patientenunterschrift

Unser Angebot für Sie: Aktiv gegen Muskelabbau. Bis zum 80. Lj ca. 40-50% Muskelabbau!
Nutzen Sie parallel zu Ihren Behandlungsterminen unsere Physio Aktiv/Mobil Card.
Kräftigen Sie Ihre Muskeln, stabilisieren Sie Ihre Gelenke. Unterstützen Sie Ihre Therapie. Ohne Vertrag. Sprechen Sie uns einfach an!

Wie geht es nach der Therapie weiter? Wir bieten etwas Persönliches unseren Patienten an!