

Aufnahme-/ und Aufklärungsbogen



Patientenname: _____ **geb.:** _____

Anschrift: _____

Festnetz-Tel.: _____ **Mobilnummer:** _____

E-Mail: _____

Versichertenstatus: Gesetzlich Berufsgenossenschaft Bundeswehr

Privat Beihilfe Basistarif

_____ Name ihrer privaten Krankenversicherung

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

nach dem Patientenrechtegesetz sind Therapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufnahme-/und Aufklärungsbogen nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch.

Vorerkrankungen:

Liegen bei Ihnen/Ihrem Kind/Ihrem Angehörigen Vorerkrankungen vor?
Bitte füllen Sie den beigefügten Anamnesebogen aus.

Mögliche Komplikationen:

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

Hintergrundinformationen zur Ausfallgebühr:

Wenn Behandlungstermine nicht wahrgenommen oder nicht rechtzeitig (= mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungsbeginn) abgesagt werden, stellen wir Ihnen den kassenüblichen Satz privat in Rechnung.

Aus rechtlicher Sicht spielt es im Übrigen keine Rolle, aus welchen Gründen der Patient nicht zu den Behandlungen erschienen ist.

**Auf ein Verschulden kommt es nicht an. Der Patient ist für seine Risiken selbst verantwortlich:
Unvorhergesehen länger arbeiten, Auto kaputt, Stau, Notfall in der Familie oder Erkrankung usw., dies ist aus rechtlicher Sicht unerheblich (§§611 ff BGB + §615 S. 1 BGB + §615 S2 BGB)**

Unsere Bitte an Sie:

Um Ihnen und den anderen Patienten die pünktliche Behandlung zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, einen durch Sie nicht wahrnehmbaren Termin spätestens 24 Stunden vor Termin abzusagen. Tagsüber können Sie dies persönlich wie auch telefonisch tun. Nachts und auch am Wochenende können Sie uns eine E-Mail schreiben (therapiezentrum-langenhagen@t-online.de).

Bei einer akut aufgetretenen und/oder **ansteckenden** Erkrankung bitte immer einen Tag vorher oder zumindest **morgens direkt bei Praxisbeginn** den Termin absagen.



Zuzahlung/Kostenübernahme:

- Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahre haben – sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind (Befreiungsausweis bitte vor Behandlungsbeginn vorweisen) – eine Zuzahlung in Höhe von 10€/Verordnung zuzüglich 10% des Rezeptwertes am Tag der **ersten Behandlung per EC-Kartenzahlung** an das Therapiezentrum zu zahlen. Bei zu viel entrichteter Zuzahlung haben Sie einen Anspruch auf Erstattung.
- Berufsgenossenschaftsverordnungen sind zuzahlungsfrei.
- Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären.

Datenschutz:

Sie gestatten dem o.g. Therapiezentrum im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.
Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistungen erforderlich.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Berufsgenossenschaften, Ärzte und Abrechnungsstellen sein.
Wir übermitteln Ihre Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Die von Ihnen gemachten Angaben auf dem Anamnesebogen unterliegen den Regelungen zum Patientengeheimnis. Sie werden als Teil der Behandlungsdokumentation archiviert und werden nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben.

Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungsfrist Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung.

Die bevorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Haftung:

Die Haftung unserer Praxis für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung – auch in Bezug auf Mitarbeiter – für Vorsatz.

Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus konnte ich alle mich noch interessierenden Fragen klären.

Ort, Datum

Patient/in – Bevollmächtigter - Sorgeberechtigter*

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