

Einverständniserklärung für Kassenpatienten im Rahmen physiotherapeutischer Behandlungen



Praxis / Therapeut:

Matthias Roth Physiotherapie

Von-Alten-Str. 19, 30938 Burgwedel

Telefon: 0176 – 629 889 98 / E-Mail: kontakt@mr-physio-burgwedel.de

Patient/in:

Name des Patienten/der Patientin _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

1. Verordnung und Behandlung

Ich bestätige, dass ich mit einer gültigen ärztlichen Verordnung (Rezept) zur physiotherapeutischen Behandlung erschienen bin. Die Behandlung erfolgt entsprechend dieser Verordnung und nach physiotherapeutischer Befunderhebung.

2. Eigenverantwortliche Terminwahrnehmung

Mir ist bekannt, dass ich vereinbarte Termine verbindlich einhalten muss.

Nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) abgesagte Termine können mir privat in Rechnung gestellt werden, da diese nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.

3. Zuzahlungspflicht

Ich wurde darüber informiert, dass ich als gesetzlich versicherte/r Patient/in zur gesetzlichen Zuzahlung verpflichtet bin, sofern keine Befreiung vorliegt.

Diese beträgt in der Regel:

- 10 € je Verordnung sowie
- 10 % des Rezeptwertes

Die Zuzahlung ist spätestens bis zur zweiten Behandlung zu begleichen.

4. Datenverarbeitung und Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten sowie behandlungsrelevante Informationen zum Zwecke der Durchführung der Therapie und Abrechnung gespeichert und verarbeitet werden.

Alle Daten unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen.

5. Aufklärung und Einwilligung

Ich wurde über die Art, den Umfang sowie mögliche Risiken der physiotherapeutischen Behandlung aufgeklärt.

Ich habe die Möglichkeit erhalten, Fragen zu stellen, und willige in die Durchführung der Behandlung ein.

6. Abbruch der Behandlung

Ich kann die Behandlung jederzeit abbrechen. Ebenso kann die Behandlung seitens des Therapeuten abgebrochen werden, wenn medizinische oder organisatorische Gründe dies erforderlich machen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Therapeut: _____

Unterschrift Patient/in: _____

(Optional bei Befreiung von Zuzahlung)

Ich bin von der gesetzlichen Zuzahlung befreit (Nachweis liegt vor)

Unterschrift Patient/in: _____