

## Aufklärungsbogen

Nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeut\*innen ebenso wie Ärzt\*innen zur Aufklärung ihrer Patient\*innen verpflichtet. Dieser Pflicht komme ich mit diesem Bogen nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

### Information durch den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin:

Wurden Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert?

Ja  Nein

### Vorerkrankungen:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

(Zutreffendes bitte unterstreichen!)

Herz-/Kreislaufbeschwerden, Atemwegserkrankungen, Gefäßerkrankung, Diabetes, Osteoporose, Schwindel, Blutgerinnungsstörung, Allergie, Gelenkerkrankungen, akute Verletzungen

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Metallimplantate: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

### Therapiemaßnahme:

Folgende Behandlung ist vorgesehen: \_\_\_\_\_

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

### Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung (betrifft gesetzlich versicherte Patient\*innen):

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben bzw. vertraglicher Vereinbarungen mit den Kostenträgern, muss die Behandlung innerhalb einer bestimmten Frist (z. B. bei Versicherten gesetzlicher Krankenkassen innerhalb von 14 Tagen [dringlicher Behandlungsbedarf] bzw. 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung) aufgenommen werden.

Erster Behandlungstermin ist am: \_\_\_\_\_

Die Behandlung darf dabei nur im Rahmen der jeweils geltenden gesetzlichen Vorgaben bzw. vertraglichen Vereinbarungen unterbrochen werden.

### **Ausfallgebühr:**

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Ich muss Ihnen ansonsten die Kosten für den uns dadurch entstandenen Schaden privat in Rechnung stellen.

### **Zahlung/Kostenübernahme:**

- Gesetzlich versicherte Patient\*innen ab 18 Jahre haben, sofern keine Zuzahlungsbefreiung vorliegt, eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro pro Verordnung zuzüglich 10 % des Rezeptwertes an den/die Physiotherapeut\*in zu zahlen. Vollendet der/die Patient\*in während einer Behandlungsserie sein oder ihr 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10 % Zuzahlung zu leisten. Der/die Physiotherapeut\*in handelt diesbezüglich als Inkassostelle für ihre Krankenkasse.
- Privatversichert\*innen und beihilfeberechtigten Patient\*innen empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären. Die Physiotherapie kann keine Gewähr dafür übernehmen, dass die Behandlungskosten in voller Höhe übernommen werden.

### **Datenschutz:**

Sie gestatten der oben genannten Praxis im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind/Angehörigen/Betreuten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

### **Zwecke der Verarbeitung**

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten zu folgenden Zwecken:

- Durchführung von Heilbehandlungen durch Abgabe von Heilmitteln.
- Für die Abgabe von Heilmitteln ist unsere Einrichtung in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden (Kassenzulassung). Über Rahmen-verträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen: Abrechnungsdaten, Urbelege (Rezepte) im Original.

### **Dauer der Aufbewahrung**

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung / Dienstleistung aufzubewahren. Danach werden sie datenschutzkonform vernichtet.

### **Empfänger Ihrer Daten**

Wir behandeln alle Daten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) statt. Hierzu sind wir gesetzlich verpflichtet. Darüber hinaus können Ihre Daten an ein von uns beauftragtes Steuerberatungsbüro weitergegeben werden.

### **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. 2 h, Abs 3 DSGVO und §22 Abs. 1 Nr. 1b BDSG), uns bindende sozialgesetzliche- und rahmenvertragliche Vorgaben, sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Geschäftszwecke (Art. 6 Abs. 1f DSGVO).

### **Beschwerderecht**

Nach dem Datenschutzgesetz steht Ihnen das Recht zu, sich im Falle von Verletzungen Ihrer Rechte bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

### **Einwilligung**

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom/von der Behandler\*in persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV-Patient\*in über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_