

Sehr geehrter Patient von physio³ .therapie.training.prävention!

Willkommen bei physio³, hier finden Sie vorab einige wichtige Informationen zu Ihrer Therapie. Bitte lesen Sie dieses Blatt aufmerksam durch, und dokumentieren Sie dies am Ende des Textes mit Ihrer Unterschrift.

Bei Fragen helfen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne weiter.

Ihr Arzt hat Ihnen ein Heilmittel **Manuelle Therapie (MT), Physiotherapie (PT), Krankengymnastik (KG), Krankengymnastik an Geräten (KGG), Massage (MA) etc.** verordnet.

Bei *physio³* wenden wir zur Untersuchung und Behandlung von Muskeln, Gelenken, Nervenfunktionen und Schmerzen vor allem Techniken der manuellen („mit den Händen des Therapeuten“) Medizin an.

Ergänzende physikalische Therapiemethoden sind Wärmeanwendungen (z.B.: Fango), Kältetherapie, Elektrotherapie. Diese physikalischen Ergänzungsmaßnahmen können Sie, falls nicht verordnet und in Absprache mit Ihrem Therapeut, zusätzlich zu Ihrer Therapie buchen.

Während der Behandlung wird Ihr/e Therapeut/in mit Ihnen das Therapieziel besprechen und in ihrer Patientenakte dokumentieren.

Nach einer ersten Linderung Ihrer akuten Beschwerden, setzt das *physio³* Konzept weiterführend auf gezielte Trainingstherapie. In der medizinischen Trainingstherapie werden Belastungen und Beanspruchungen des Alltags oder des Sports simuliert und Ihr Körper systematisch auf diese Beanspruchungen nach Beendigung der Therapie vorbereitet.

Heilmittel sind **immer** verschreibungspflichtig und werden vom Arzt oder **Heilpraktiker/sectoraler Heilpraktiker für Physiotherapie – im Hause** durchgeführt oder angeordnet/delegiert.

Kosten: Bei gesetzlich Versicherten fällt pro Rezept für Sie eine Rezeptgebühr von 10,-€ + 10% des Rezeptwertes an (zwischen 18,- und 25,-€), diese Gebühr ist bis zur 2. Behandlung in bar zu entrichten.

Therapiezeit +: Sie haben die Möglichkeit ihre Therapiezeit um jeweils 10 Minuten zum Preis von 12,-€ zu verlängern, hierbei handelt es sich um eine „Heilpraktiker Leistung“, ggf. können Sie diese Kosten bei ihrer Zusatzversicherung für Heilpraktiker einreichen.

Privatversicherte erhalten die Rechnung nach Beendigung der Therapie, bzw. per Zwischenrechnung zusammen mit dem Originalrezept. Sie werden vor Therapiebeginn über die Behandlungskosten schriftlich informiert. Eine Kostenübernahmeerklärung wird Ihnen zur Unterschrift vorgelegt und ist bindend.

Risiken: Physiotherapie beinhaltet - sofern sie wirksam ist - ein mehr oder minder großes Risiko von Nebenwirkungen. Unter Beachtung der krankheitsabhängigen Gegenanzeigen (Kontraindikationen) und Vorsichtsmaßnahmen sind bei fachgerechter Anwendung die Risiken in der Physiotherapie als überaus gering einzuschätzen.

Trotzdem möchten wir Sie über etwaige Risiken und Nebenwirkungen der Therapie aufklären:

- Zeitweise Verstärkung der Beschwerden, Rückführung in den Akutzustand (normal)
- Hautirritationen und leichte Hämatome
- Übelkeit, Schwindel, Kreislaufirritationen
- Schmerzen
- Frakturen
- Einblutung in Gelenke oder Muskeln
- Alle weiteren Risiken, die eine körperliche Beanspruchung mit sich bringen kann

Entbindung von der Schweigepflicht

Als Angehörige der medizinischen Berufe unterliegen wir als Ihre Physiotherapeuten der Schweigepflicht, Ihre Patientendaten werden grundsätzlich nie an Dritte weitergegeben.

Zu Abrechnungszwecken ist es allerdings unerlässlich, Ihre Rezeptdaten an ein externes Abrechnungszentrum (Optica) und/oder Ihre Krankenkasse und auf Anfrage, an Ihren behandelnden Arzt weiterzugeben.

Dafür benötigen wir per Gesetz Ihre eindeutige Zustimmung!

Erklärung:

1. Ich habe diesen Aufklärungsbogen aufmerksam gelesen und bin mir der Risiken der Behandlungen bewusst.

2. Ich wurde über die entstehenden Kosten insbesondere der Stornokosten informiert.

3. Weiterhin entbinde ich **physio³.therapie.training.pävention, Berliner Ring 161c, 64625 Bensheim**, zu Abrechnungszwecken und zur vereinfachten Kommunikation mit dem Arzt von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber aufgeklärt und damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden.

Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.
- Ich zu Kommunikationszwecken per E-Mail kontaktiert werde. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf an oben genannte Adresse zu richten.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen. Den „Aushang Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Emailadresse: _____

Bensheim, den _____ Unterschrift: _____