

Name  Geburtsdatum  Telefon   
 Straße  Wohnort  Mobil   
 E-Mail  überweisender Arzt

**Information durch den behandelnden Arzt:**

Hat der verordnende Arzt Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert? Ja  Nein

**Therapiemaßnahme:** Folgende Behandlung ist vorgesehen: KG / MT / KGG / KPE (MLD-Kompr.-BÜ) / KMT /.....

**Mögliche Komplikationen:** In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkung. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Behandler.

**Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?**

.....

**Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?**

.....

**Seit wann bestehen diese Beschwerden, und wie haben sich die Beschwerden seitdem verändert?**

.....

**Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?**

.....

**Wie lassen sich die Beschwerden lindern?**  
 (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung, etc.)

**Wodurch werden die Beschwerden verstärkt?**  
 (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung, Belastung, Stress, etc.)

.....

**In welcher Weise beeinflussen Ihre Beschwerden Ihr soziales Leben wie Alltag, Arbeit oder Sport?**

.....

**Welche Therapien sind bisher erfolgt, und wie haben diese geholfen?**

.....

**Vorerkrankungen /Operationen / Unfälle :** Liegen bei Ihnen/Ihrem Kind/Ihrem Angehörigen Vorerkrankungen, Operationen oder Unfälle vor?  
 (z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankung, Bluthochdruck, Allergie etc.)?

.....

**Nehmen Sie Medikamente, und wenn ja welche?**

**Bei welchen 3 Aktivitäten schränken die Beschwerden Sie am meisten ein?**  
 (z.B. Fenster putzen oder im Bett umdrehen oder lange gehen oder am PC arbeiten oder Spülmaschine ausräumen oder...)



Geben Sie auf der Skala Ihre **momentanen** Beschwerden bei dieser Aktivität an



Geben Sie auf der Skala Ihre **momentanen** Beschwerden bei dieser Aktivität an



Geben Sie auf der Skala Ihre **momentanen** Beschwerden bei dieser Aktivität an

**VAS-Skala von 0 (= keine Beschwerden) bis 10 (schlimmste Beschwerden)**

**Damit wir uns verstehen!**

Physiotherapeuten sind zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet.

Der Vertrag dient Ihrer Information und Sicherheit.

Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und unterschreiben ihn.

**Versichertenstatus:** (bitte Korrektes ankreuzen)

1. gesetzlich Versicherte (GKV)  2. Privat Versicherte (PKV)  3. Beihilfe berechtigte Versicherte

**1. Gesetzlich Versicherte.**

- a. Die Abrechnung erfolgt zu den vertraglich vereinbarten Vergütungssätzen.  
b. Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Leistungen der Physiotherapie mit 10% zuzahlungspflichtig. Ebenfalls fällt eine Gebühr von 10 Euro pro Rezept an. Diese Beträge werden mit der ersten Behandlung fällig.

**2. Privat Versicherte und 3. Beihilfe berechtigte Versicherte.**

- a. Der Vergütungssatz richtet sich nach den Vorgaben der GebüTh, der Gebührenübersicht für Therapeuten. Es handeln sich dabei um ortsübliche Preise. (Weitere Information finden Sie unter [www.gebueh.de](http://www.gebueh.de) und [www.privatpreise.de](http://www.privatpreise.de)).  
b. Als Vergütungssatz gilt der 1,5 fache Regelsatz. Die Gebühreninformationen und –übersicht für Patienten stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne zur Verfügung.

Um Ihnen und auch uns zusätzlichen Aufwand und Kosten zu ersparen, möchten wir Sie bitten, Ihre Zahlung fristgerecht innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen. Diese Vereinbarung ist unabhängig von einer Erstattung der Vergütung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung. Bitte erkundigen Sie sich entsprechend bei Ihrem Kostenträger.

**Behandlungsbeginn/Behandlungsunterbrechung:** Die Behandlung muss spätestens 14 Tage nach Ausstellung der ärztlichen Verordnung beginnen. Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung selbst in der Regel für längstens 14 Tage unterbrochen werden.

Es liegt vor allem in Ihrem Sinn und in Ihrer Verantwortung, dass Ihre Behandlung regelmäßig stattfindet. **Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen.** Es wird ausdrücklich vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug gemäß § 615 BGB eintritt, wenn der vereinbarte Termin nicht fristgemäß von Ihnen abgesagt und eingehalten wird. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, wird Ihnen ein Betrag in Höhe dieser Termineinheit in Rechnung gestellt.

**Einwilligung:**

Den Behandlungsvertrag habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären. Zu Abrechnungszwecken dürfen Personendaten an Dritte weitergereicht werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV-Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Behandlungsvertrag vollständig ausgefüllt habe und auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Vergütung hingewiesen wurde.

**Ich willige in die vorderseitig vermerkte Behandlung ein.**

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Der Aufklärungsbogen wurde dem/der Patienten/in ausgehändigt am .....

Unterschrift/Stempel AGS PhysioTeam Drs. Stefelmanns

**Damit wir uns verstehen!**

Physiotherapeuten sind zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet.

Der Vertrag dient Ihrer Information und Sicherheit.

Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und unterschreiben ihn.