

Patientenaufklärung / Einverständniserklärung

Familienname, Vorname	Vers.Nr. / Geb. Datum
Anschrift	

Herzlich Willkommen!

Ich freue mich, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen. Im Umfeld der Behandlungen gibt es einige organisatorische Punkte. Ich bitte Sie, sich diese Informationen / allgemeinen Geschäftsbedingungen gut durchzulesen und zur Kenntnis zunehmen. Bei etwaigen Fragen, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Allgemeines

Bitte nehmen Sie zu jeder Therapieeinheit für die Therapieliege und evtl. Trainingseinheiten im Injoy ein eigenes **Handtuch** und **Indoor Sportschuhe** mit.

Ärztliche Verordnung

Für Ihre Behandlung benötigen Sie eine **ärztliche Verordnung**. Diese erhalten Sie von der Ärztin / vom Arzt Ihres Vertrauens, die / der zur Ausstellung dieser Verordnung berechtigt ist.

Vom Erfordernis einer ärztlichen Verordnung kann nur Abstand genommen werden, wenn Sie die Leistung ausschließlich zur Prävention (nur an Gesunde) in Anspruch nehmen.

Chefärztliche Genehmigung Ihres Krankenversicherungsträgers

Je nach Krankenversicherungsträger ist ab einer gewissen Anzahl / Dauer oder Hausbesuch eine chefärztlich bewilligte Verordnung nötig. Sie sind für diese Genehmigung **selber zuständig**. Informationen darüber erhalten Sie gerne von mir.

Ihr Anteil an einer erfolgreichen Behandlung

Eine fachgerechte Behandlung erfordert eine ausführliche Erstbegutachtung. Dabei bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen. Daher werden Sie gebeten, zum ersten Termin alle **relevanten Befunde** mitzubringen.

Als PatientIn sind Sie verpflichtet mir bei der ersten physiotherapeutischen Behandlung **eventuelle Erkrankungen** oder **Medikamente** (Blutgerinnungsstörung (T-ASS, Marcumar, ...), **Infektionskrankheiten** (Hepatitis C, Tuberkulose, ...), Osteoporose / Osteopenie, Diabetes, Beta-Blocker, ...) bekannt zu geben.

Mögliche Nebenwirkungen der Behandlung

Durch passive Techniken oder aktives Training kann es zu **verstärkten Reaktionen** wie Muskelkater, Schwellung, Bluterguss, kurzfristige Erhöhung des Beschwerdebildes usw. kommen.

Höhe der Kosten

Die Kosten bemessen sich nach einer Kombination aus Einzelleistung, benötigter Zeit und eventuell für die Behandlung benötigtem Material (wird individuell nach Bedarf verrechnet). Ich habe keinen Vertrag mit Ihrem Krankenversicherungsträger. Sie begleichen die Kosten mit mir als **Wahltherapeut** und suchen bei Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger um **teilweisen Rückersatz** gemäß dem Kassentarif / satzung -smäßigen Kostenzuschuss an. Angaben zum zu erwartenden Kostenersatz /Kostenzuschuss können nur unter Vorbehalt der Entscheidung Ihres Sozialversicherungsträgers gegeben werden.

Bezeichnung	Pro Einheit
Physiotherapie 30min	€ 42,50
Physiotherapie 45min	€ 63,80
Physiotherapie 60min	€ 85,00

Zusätzlich bei Hausbesuch:

Hausbesuchspauschale	€ 24,50
Kilometergeld	€ 0,46 (pro km)

(Preisliste 2021 Änderungen vorbehalten)

Zahlungsmodus

Ich stelle Ihnen bei **Ende der Behandlung** (bzw. Behandlungssitzungen der ärztlichen Verordnung) eine Honorarnote über die **Gesamtkosten** der Behandlungssitzungen aus. Die Fälligkeit der Bezahlung beträgt 14 Tage, ansonsten behalte ich mir das Recht vor, etwaige anfallende Verzugszinsen und Mahnspesen einzuheben.

Wie sagen Sie einen vereinbarten Behandlungstermin ab?

Bitte halten Sie Ihre **Termine pünktlich** ein. Ein zu spätes Kommen wird von der Therapiezeit abgezogen. Können Sie einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen, werden Sie ersucht, dies unverzüglich – spätestens aber werktags **24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin – mir mitzuteilen. Andernfalls behalte ich mir das Recht vor, den nicht wahrgenommenen Termin in der Höhe jener Kosten, die Sie auch bei durchgeführter Behandlung zu zahlen gehabt hätten, in Rechnung zu stellen. Diese Kosten können nicht beim Krankenversicherungsträger geltend gemacht werden.

Ermächtigungserklärung für Injoy Mitglieder

Sie ermächtigen Herrn Kastenhofer Martin (Physiotherapeut) über den Gesundheitszustand therapierelevante Auskünfte / Informationen mit dem Injoy Perg auszutauschen.

Mit Ihrer Unterschrift im Anschluss bestätigen Sie die Inanspruchnahme der Behandlung.

Perg _____
Ort, Datum

Unterschrift PatientIn

