



PATIENTENINFORMATION

IM RAHMEN DES VOR BEGINN DER EIGENTLICHEN BEHANDLUNG VEREINBARTEN TERMINS ZUR PHYSIOTHERAPEUTISCHEN DIAGNOSE UND BEFUNDERHEBUNG WIRD UMFASSEND UND VERSTÄNDLICH ÜBER DIE PHYSIOTHERAPEUTISCHE DIAGNOSE SOWIE ÜBER DIE NOTWENDIGKEIT, EIGNUNG, ART UND DURCHFÜHRUNG, ERFOLGSAUSSICHTEN, ZU ERWARTENDE FOLGEN, RISIKEN UND UMFANG DER GEPLANTEN THERAPIE AUFGEKLÄRT. EBENFALLS WIRD ÜBER DIE ZU ERGREIFENDEN MAßNAHMEN WÄHREND UND NACH DER THERAPIE INFORMIERT. SOLLTEN IM LAUFE DER FOLGENDEN BEHANDLUNGSEINHEITEN ÄNDERUNGEN EINTRETEN BZW. KONKRETE RISIKEN ENTSTEHEN, ERFOLGT EINE ERGÄNZENDE AUFKLÄRUNG.

DIE BEHANDLUNGSPREISE, DIE PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ UND DIE VORSTEHENDEN HINWEISE HABE ICH ZUR KENNTNIS GENOMMEN. ICH ERKENNE DIESE REGELUNGEN AN UND WILLIGE IN DIE DURCHZUFÜHRENDE BEHANDLUNGSMAßNAHME AUSDRÜCKLICH EIN. EIN EXEMPLAR DIESER VEREINBARUNG HABE ICH ERHALTEN.



BEHANDLUNGSVERTRAG FÜR PATIENTEN OHNE ÄRZTLICHE VERORDNUNG (SEKTORALE HP-ERLAUBNIS)

PATIENT		PRAXISINHABER/ SEKTORALER HEILPRAKTIKER
PATIENTIN:		PHYSIOTHERAPIE STEIFFERT DANIEL STEIFFERT MOORWEG 9A 21266 JESTEBURG
ADRESSE		
GEBURTSDATUM		

1. FOLGENDE PHYSIOTHERAPEUTISCHE(N) BEHANDLUNGSMETHODE(N) WIRD (WERDEN) NACH ENTSPRECHENDER PHYSIOTHERAPEUTISCHER DIAGNOSE UND BEFUNDNAHME DURCHFÜHRT:

ES HANDELT SICH HIERBEI UM EINE PHYSIOTHERAPEUTISCHE HEILBEHANDLUNGSMAßNAHME, DIE NICHT ÄRZTLICH VERORDNET IST. AUFGRUND DER *EINGESCHRÄNKTEN HEILPRAKTIKERERLAUBNIS FÜR PHYSIOTHERAPIE* IST DER BEHANDLER ZUR DURCHFÜHRUNG DER MAßNAHME AUCH OHNE EINE ENTSPRECHENDE ÄRZTLICHE VERORDNUNG BERECHTIGT BZW. KANN ER DIE JEWEILIGE NOTWENDIGE HEILBEHANDLUNGSMAßNAHME VERORDNEN.

2. DIE VERGÜTUNGSSÄTZE FÜR DIE JEWEILIGEN BEHANDLUNGEN HABE ICH ZUR KENNTNIS GENOMMEN. EIN GESONDERTE HONORARVEREINBARUNG HABE ICH BEKOMMEN UND UNTERSCHRIEBEN.

BITTE BEACHTEN SIE FOLGENDES

DIE KOSTEN FÜR DIE DURCHZUFÜHRENDEN PHYSIOTHERAPEUTISCHEN HEILBEHANDLUNGSMAßNAHMEN WERDEN IHNEN VON EINER GESETZLICHEN ODER PRIVATEN KRAKENVERSICHERUNG IN DER REGEL NICHT ERSTATTET. BITTE SPRECHEN SIE DAHER GEBEENENFALLS VOR BEHANDLUNGSBEGINN MIT IHREM KOSTENTRÄGER ÜBER EINE MÖGLICHE KOSTENERSTATTUNG.

DATUM

PATIENTIN/PATIENT

GESETZLICHER VERTRETER DER PATIENTIN/DES PATIENTEN

ZEICHNUNGSBERECHTIGTER MITARBEITER DER PRAXIS



PRAXISSTEMPEL

BEHANDLUNGSDATUM	UNTERSCHRIFT DES/DER PATIENTEN/IN