



## Patientenaufklärungs- und Einverständniserklärung

**Patientenname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### **Liebe Patientinnen und Patienten,**

gemäß dem Patientenrechtegesetz bin ich als Physiotherapeutin verpflichtet, Sie über die geplante Behandlung aufzuklären.

### **Ziel der Physiotherapie:**

Das Ziel der Physiotherapie besteht darin, Ihre Bewegungsfähigkeit zu verbessern, Schmerzen zu lindern und Ihre Lebensqualität zu steigern. Hierbei können verschiedene Behandlungsschwerpunkte verfolgt werden, wie die Förderung Ihrer Mobilität, die Korrektur muskulärer Dysbalancen sowie die Unterstützung Ihrer Genesung nach Verletzungen oder Operationen. Zudem zielt die Physiotherapie darauf ab, chronische Beschwerden zu lindern und Ihre allgemeine Gesundheit zu fördern.

### **Individuelles Ziel der Behandlung:**

---

### **Ablauf der Behandlung:**

Zu Beginn führe ich mit Ihnen ein Anamnesegespräch und erhebe einen Erstbefund. Anhand dieser Informationen legen wir gemeinsam das Therapieziel fest. Die Behandlung dauert in der Regel zwischen 30 und 60 Minuten, die Anzahl der Sitzungen wird individuell festgelegt.

### **Mögliche Symptome oder kurzfristige Nebenwirkungen:**

Während oder nach der Behandlung können vorübergehende Symptome wie Muskelkater, Erschöpfung oder leichte Schwindelgefühle auftreten. Bei ungewöhnlichen Symptomen informieren Sie bitte umgehend Ihren Therapeuten.

### **Kontraindikationen:**

Physiotherapeutische Behandlungen sind bei akuten Verletzungen, schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, fieberhaften Infekten oder Blutgerinnungsstörungen kontraindiziert.

### **Individuelle Kontraindikationen oder Risiken:**

---



### **Allgemeine Behandlungskonditionen und Bezahlung:**

Privatversicherte und Selbstzahler sind verpflichtet, die Behandlungskosten zu tragen. Die Rechnungsstellung erfolgt nach jeder Behandlung oder monatlich, je nach Absprache. Die Rechnung ist innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt ohne Abzüge zu begleichen.

Selbstzahler können die Kosten entweder direkt nach jeder Behandlung in bar oder per Überweisung begleichen. Eine Quittung wird auf Wunsch ausgestellt.

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass ich keine Garantie dafür übernehmen kann, dass private Krankenversicherungen die vollen Behandlungskosten übernehmen. Falls Ihre Versicherung die Kosten nicht oder nur teilweise erstattet, erklären Sie sich bereit, die offenen Beträge eigenständig zu tragen.

Vereinbarte Termine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls behalte ich mir vor, Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von 25 € in Rechnung zu stellen.

---

### **Datenschutzerklärung:**

Ich stimme zu, dass meine Daten gemäß den Datenschutzbestimmungen verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht ohne meine Zustimmung.

### **Einwilligung zur Kontaktaufnahme:**

Ich erkläre mich einverstanden, im Rahmen der Behandlung telefonisch oder per E-Mail kontaktiert zu werden.

### **Bestätigung der Aufklärung und Einverständniserklärung:**

Ich habe die Informationen zur Physiotherapie, Risiken und Behandlungskonditionen gelesen und verstanden.

### **Einwilligungserklärung:**

Ich erkläre, über alle Risiken der physiotherapeutischen Behandlung informiert worden zu sein und bin mit der Durchführung einverstanden.

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient/in:** \_\_\_\_\_