

Aufnahmebogen



Name : _____

Straße : _____

PLZ, Ort : _____

Meinersen, den _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie in unserer Praxis und danken für Ihr Vertrauen. Unsere Therapeuten werden Ihnen bestmöglich helfen.

Um unseren Service und Praxisablauf optimal auf die Bedürfnisse unserer Patienten abstimmen zu können möchten wir Sie mit diesem Schreiben über unsere Praxis Gepflogenheiten informieren. Wir bitten Sie uns die Akzeptanz dieser Gepflogenheiten mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Patienteninformation:

Das neue Patientenrechtegesetz (PatRG) schreibt die Dokumentation im Sinne des Patienten vor. Wir müssen Sie als Patient über Therapie und die damit verbundenen Risiken aufklären und dies auch von Ihnen bestätigen lassen. Im Rahmen der Behandlungen kann es zwischenzeitlich zur Verschlimmerung ihrer Beschwerden kommen. Bitte teilen Sie uns solche Erscheinungen zu Beginn des nächsten Termins mit. Dann können wir darauf eingehen und die Therapie entsprechend gestalten.

- Ich wurde bereits ausreichend über meine Erkrankung und die möglichen Behandlungen durch meinen Arzt oder andere Informationsquellen informiert und verzichte auf nochmalige Aufklärung durch den Therapeuten.
- Ich wünsche durch meinen Therapeuten eine Aufklärung über die Notwendigkeit, Art und Durchführung sowie die Erfolgsaussichten und zu erwartenden Folgen und Risiken, sowie den Umfang der durchzuführenden Behandlung. Sofern möglich, möchte ich Informationen zu weiterführende Maßnahmen erhalten.

Von der Praxis auszufüllen: Aufgeklärt durch Therapeut/in: _____, am: _____

Bestellpraxis - Termin - Terminabsage:

Termine ersparen Ihnen Wartezeit. Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis und Ihre Behandlung erfolgt nach Terminvereinbarung. Falls Sie einen Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, bedeutet dies für uns einen Arbeitsausfall, den wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Zur Vermeidung dieser Ausfälle und den Ihnen daraus entstehenden Kosten, bitten wir Sie Terminabsagen mindestens 24h vor Termin zu tätigen. Bei Feiertagen oder Wochenenden, bitte noch am davorliegenden Werktag.

Rezeptgebühr - Eigenanteil:

Sofern Sie nicht privat versichert oder von Ihrer Krankenkasse zuzahlungsbefreit sind, bitten wir Sie die Rezeptgebühr zu Beginn der Therapie zu begleichen.

Datenschutz:

Wir müssen Ihre Daten zum Zwecke des Praxismanagements und der Abrechnung elektronisch erfassen. Abrechnungsdaten werden verschlüsselt an die Kostenträger weitergeleitet. Ein Informationsblatt zum Datenschutz haben Sie von uns erhalten.

Wir bitten Sie, gemäß Patientenrechtsgesetzes (PatRG) die Kenntnisnahme der o.g. Punkte schriftlich zu bestätigen.

Hiermit stimme ich den vorgenannten Bedingungen zu und willige in die durchzuführende Therapie ein:

Meinersen, den _____,

Unterschrift: _____

bitte wenden

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Rheuma, MS, etc.)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medikamente

Wofür (z.B. Schmerzen, Blutdruck, etc.)	Name des Medikaments (wenn bekannt)

Unfälle

Was (Autounfall, Sturz, etc.)	Wo verletzt (Kopf, Arm, etc.)	Wann (in etwa)

Operationen

Was (Organ, Knie, Wirbelsäule, etc.)	Wo (rechts, links)	Wann (in etwa)

Hilfsmittel (Einlagen, Bandagen, etc.): _____

Weitere wichtige Informationen: _____
