Aufnahmebogen

zur physiotherapeutischen Behandlung | GKV & PKV

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns, Sie im cube of mobility in Zwingenberg-Rodau begrüßen zu dürfen und wünschen eine baldige Genesung. Um Sie hierbei optimal unterstützen und betreuen zu können, benötigen wir zum einen einige allgemeine und spezielle Informationen über Sie und Ihren Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie, unser Aufnahmeformular nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen. Zum anderen werden in Ihrem ersten Termin Ihrer Verordnung neben einer ausführlichen Anamnese sowie Befundung auch notwendige Tests durchgeführt. Dies gewährleistet für beide Seiten einen ganzheitlichen Ansatz und trägt zur bestmöglichen Unterstützung Ihres Heilungsprozesses bei. Falls Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben, sprechen Sie uns einfach an.

Meine Daten

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon (Mobil) _____ Telefon (Festnetz) _____ Telefon (Arbeit) _____

E-Mail _____ ☐ Ja ☐ Nein Newsletteranmeldung

Überweisender Arzt _____ Hausarzt _____

Für Privat versicherte

- Ich bin Beihilfeberechtigt (ja / nein)
- Postbeamten
- Andere: _____

Für Kassen versicherte (15-20 min Behandlungszeit)

- Zuzahlungsbefreit (Wenn ja, bitte Ausweis vorlegen)
- Ist eine Therapiezeitverlängerung gewünscht?
  - Wenn ja, 10min, 20min, 30min – Bitte sprechen Sie den Empfang oder Ihren Therapeuten*in an.

Ich kann zu folgenden Zeiten:

Montag: _____ Dienstag: _____ Mittwoch: _____ Donnerstag: _____ Freitag: _____ Samstag: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten und habe die Informationen „Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung“ **separate Seite** zur Kenntnis genommen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschriften

Aufklärung zur physiotherapeutischen Behandlung im cube of mobility GmbH

Datenschutz

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO und nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse. Sollten Sie unseren Service zur Vereinbarung bzw. Absage von Terminen, Anfragen, Praxisinformationen und -angebote per E-Mail/SMS nutzen wollen, wird Ihre E-Mail Adresse/Mobilnummer einzig zu diesem Zweck bei uns gespeichert. Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen. Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen. Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist die cube of mobility GmbH, Im Wiesengrund 32, 64673 Zwingenberg-Rodau.

Patientenaufklärung

Wir gehen davon aus, dass Sie ausreichend von Ihrem verordnenden Arzt über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung und deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden sind. Falls nicht, sprechen Sie uns an.

Zuzahlung (nur für gesetzlich versicherte Patienten)

Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht. Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% der Kosten (= Preisvereinbarung zwischen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung und uns) sowie 10 Euro je Verordnung. Für die geleisteten Zuzahlungen erhalten Sie von uns eine Quittung. Falls Sie einen Befreiungsausweis haben, legen Sie diesen doch bei der ersten Behandlung vor.

Hygiene

Um einen hohen Hygienestandart zu gewährleisten, bitten wir jeden Patienten ein großes Handtuch sowie bequeme Kleidung und Sportschuhe (Indoorschuhe) für den Trainings- und Kursbereich mitzubringen.

Behandlungsrelevante Daten

Wir sind bemüht, Sie umfassend und optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir alle behandlungsrelevanten Details von Ihnen. Gerne können Sie uns hierzu vorhandene Arztberichte und -befunde vorab per Mail an *info@cubeofmobility.de* zusenden oder zum Behandlungstermin mitbringen. Ergänzend dazu beachten Sie bitte unseren Anamnesebogen. Wir führen die physiotherapeutischen Behandlungen aufgrund einer kassen- oder privatärztlichen Verordnung durch. Die für die Durchführung der Therapiemaßnahme notwendigen Informationen befinden sich auf der kassen- oder privatärztlichen Verordnung. Weitere Informationen über Ihre Person und Ihren Gesundheitszustand sind aus der ärztlichen Heilmittelverordnung nicht ersichtlich und dürfen auch nicht von Ihrem behandelnden Arzt ohne Ihre Zustimmung an uns übermittelt werden. Unter Umständen kann es für die Durchführung der Therapie und/oder den Therapieerfolg aber sinnvoll sein, weitere Inforationen über Ihren Gesundheitszustand sowie über die Belastungen, denen Sie im Alltag (im Beruf oder in der Freizeit) ausgesetzt sind, zu erhalten. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind, die Fragen des Anamnesebogens zu beantworten. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an unbeteiligte Dritte ohne Ihre Zustimmung weitergegeben.

Terminorganisation / Terminabsagen

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Absagen können Sie uns jederzeit per Mail, Telefon oder WhatsApp mitteilen. Sollten Sie Ihren Termin nicht innerhalb der Absagefrist absagen, erheben wir eine Ausfallgebühr in prozentualer Höhe Ihres Rezeptwertes.

Abrechnung

Kassenärztliche Heilmittelverordnungen und BG-Verordnungen rechnen wir direkt mit Ihrer Krankenkasse bzw. Berufsgenossenschaft ab. Die Behandlungen, die aufgrund privatärztlicher Verordnungen erfolgen, rechnen wir direkt gegenüber dem Privatpatienten nach den vereinbarten Honorarsätzen ab. Behandlungen, die ohne ärztliche Verordnung in Anspruch genommen werden, rechnen wir ebenfalls direkt mit dem Patienten nach den vereinbarten Honorarsätzen ab.

Ich habe die Praxisinformationen gelesen und zur Kenntnis genommen

_____	_____	_____
Ort, Datum	Name, Vorname	Unterschrift