

Praxis Steffen Geißler Hauptstr. 43 38536 Meinersen

Name

Strasse

PLZ, Ort

Physiotherapie und Naturheilpraxis  
Steffen Geißler  
Hauptstrasse 43  
38536 Meinersen

Telefon: 05372-972163

Fax: 05372-972164

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Meinersen, den \_\_\_\_\_

wir begrüßen Sie in unserer Praxis und danken für Ihr Vertrauen. Unsere Therapeuten werden Ihnen bestmöglich helfen. 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. Deshalb bitten wir Sie folgende Punkte zu bestätigen:

**Patienteninformation:**

- 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 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 für die vereinbarte Behandlungszeit einen Arbeitsausfall und wir stellen Ihnen das Entgelt privat in Rechnung. Zur Vermeidung dieser Ausfälle, bitten wir Sie bei Verhinderung den Termin rechtzeitig, mindestens jedoch 24h vor Termin, abzusagen. Bei Feiertagen oder Wochenenden, bitte noch am davor liegenden Werktag.

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 und bitten Sie uns diese mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

**Rezeptgebühr - Eigenanteil:**

Sofern Sie nicht von Ihrer Krankenkasse zuzahlungsbefreit sind, bitten wir Sie die Rezeptgebühr, nach Erhalt der Rechnung, fristgerecht zu überweisen.

Wir bitten Sie, gemäß Patientenrechtsgesetzes (PatRG) die Kenntnisnahme der o.g. Punkte schriftlich zu bestätigen. Außerdem müssen wir Ihre Daten zum Zwecke der Abrechnung elektronisch erfassen. Abrechnungsdaten werden verschlüsselt an die Kostenträger weitergeleitet.

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

Meinersen, den \_\_\_\_\_,

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_