

**Praxis für Osteopathie im Toepfferspark
Dagmar Sensse**

Patienteninformation zur Osteopathie

Sehr geehrte/r Frau/Herr.....
.....

Sie können als Patientin/ Patient in unserer Praxis auf Transparenz, Fairness und Service von Anfang an vertrauen. Deshalb haben wir nachfolgenden Behandlungsvertrag erstellt.

Bitte wählen Sie die vereinbarenden Termine so, dass Sie die Zeiten auch einhalten können. Sorgen Sie bitte dafür, dass Sie nach der Sitzung eine Erholungszeit haben. Osteopathie wirkt oftmals sehr tiefgreifend und jeder Körper reagiert unterschiedlich. Die Beschwerden können sich vorübergehend für einige Tage verstärken. Oft ist es ein Zeichen dafür, dass der Körper die Behandlungsreize verarbeitet. Sollten Sie sich darüber Sorgen machen, kontaktieren Sie bitte die Praxis. Eine Sitzung (Untersuchung/ Behandlung) dauert 50 - 55 Minuten.

Die Kosten betragen 116,-€.

Bei uns können Sie zahlen: bar, EC oder Überweisung, unabhängig der Erstattung durch Dritte.

Zur Behandlung mitzubringen sind:

Chipkarte, 1 Bettlaken, 1 kleines Handtuch, Kuschelsocken.

Sollten Sie einmal absagen müssen, beachten Sie bitte Folgendes:

< Dass Sie unsere Planung vereinfachen, je früher Sie uns über Ihre Absage informieren.

< Bis zu 24 Stunden vorher können Sie vereinbarte Behandlungstermine gebührenfrei absagen.

Für den Fall, dass ein Termin ohne Absage/nicht rechtzeitige Absage entfällt und die Terminlücke nicht geschlossen werden kann, stellen wir Ihnen 80% (92,80 €) der Gebühr in Rechnung.

Natürlich werden auch wir Sie so früh wie möglich informieren, falls einmal eine

Behandlungsabsage durch uns erfolgen muss. Wir bitten um Beachtung!

***Terminabsagen/Veränderungen bitte ausschließlich mit dem Telefon (Anrufbeantworter)
0391/73 29214***

(x) Als Patient bin ich bereits ausreichend über meine Erkrankung / Behandlung durch meinen verordnenden Arzt (z.B. Hausarzt/ Facharzt), vorhergehende Behandlungen/Therapeuten informiert und verzichte auf nochmalige Information durch meinen Therapeuten.

() Ich wünsche durch meinen Therapeuten Aufklärung über die Notwendigkeit, Eignung, Art, Durchführung, Erfolgsaussichten, zu erwartende Folgen, evtl. Risiken und den Umfang der durchzuführenden Therapie sowie der zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.

Diese Erklärung wird durch das im Jahr 2013 in Geltung getretene Patientenrechtegesetz notwendig

Als Patient erkenne ich diese Regelungen an und willige in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Eine Kopie dieser Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

Magdeburg, denUnterschrift.....

**Praxis für Physiotherapie und Osteopathie
Dagmar Sensse**

Patienteninformation für privat Versicherte/ Beihilfe/Selbstzahler/

Sehr geehrte/r Frau/ Herr.....

Sie können als Patientin/Patient in unserer Praxis auf Transparenz, Fairness und Service von Anfang an vertrauen. Deshalb haben wir nachfolgenden Behandlungsvertrag zusammengefasst.

Bitte wählen Sie die vereinbarten Termine so, dass Sie die Zeiten auch einhalten können. Sorgen Sie bitte dafür, dass Sie nach der Behandlung eine Erholungszeit haben. Oft wirkt die Therapie tiefgreifend. Natürlich ist es auch sehr unterschiedlich.

Sollten Sie einmal absagen müssen, beachten Sie bitte Folgendes:

- < Dass Sie unsere Planung vereinfachen, je früher Sie uns über Ihre Absage informieren.
- < Bis zu 24 Stunden vorher können Sie vereinbarte Behandlungstermine gebührenfrei absagen.
- < Für den Fall, dass ein Termin ohne Absage/ nicht rechtzeitige Absage entfällt, stellen wir Ihnen eine Ausfallgebühr von 80 % der Therapiesitzung in Rechnung. Selbstverständlich kann dadurch die entfallende Behandlung später nachgeholt werden.
- < Wir sichern Ihnen jedoch zu, die Terminlücke wenn möglich zu schließen, damit der vorgenannte Betrag nicht fällig wird. Ersparte Aufwendungen werden von uns nicht berechnet.
- < Natürlich werden wir Sie auch so früh wie möglich informieren, falls einmal eine Behandlungsabsage durch uns erfolgen muss.

Honorarvereinbarung privat Versicherte/ Beihilfe/Selbstzahler

Leistung _____ **Einzelpreis** _____ **EUR**

Leistung _____ **Einzelpreis** _____ **EUR**

Leistung _____ **Einzelpreis** _____ **EUR**

Der Rechnungsbetrag ist unabhängig durch die Erstattung Dritter innerhalb von 7 Tagen zu begleichen in bar oder per Überweisung.

- (x) Als Patient bin ich bereits ausreichend über meine Erkrankung / Behandlung durch meinen verordnenden Arzt, vorhergehende Behandlungen, weitere Therapeuten/ Info.quellen informiert und verzichte auf nochmalige Information durch meinen Therapeuten.
- () Ich wünsche durch meinen Therapeuten Aufklärung über die Notwendigkeit, Eignung, Art, Durchführung, sowie Erfolgsaussichten, zu erwartende Folgen, evtl. Risiken und den Umfang der durchzuführenden Therapie sowie nach der Therapie meinerseits zu ergreifenden Maßnahmen.

Diese Erklärung wird durch das im Jahr 2013 in Geltung Patientenrechtegesetz notwendig.

Als Patient erkenne ich die vorstehenden Regelungen an und willige in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.
Eine Kopie dieser Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

Magdeburg ,denUnterschrift.....

**Praxis für Physiotherapie und Osteopathie
Dagmar Sensse**

Patienteninformation für gesetzlich versicherte Patienten

Sehr geehrte/ r Frau/Herr _____

Sie können als Patient/ Patientin in unserer Praxis auf Fairness, Transparenz und Service von Anfang an vertrauen. Deshalb haben wir nachfolgenden Behandlungsvertrag zusammengefasst.

Bitte wählen Sie die vereinbarten Termine so, dass Sie die Zeiten auch einhalten können.

Sollten Sie einmal absagen müssen, beachten Sie bitte Folgendes:

- < Dass Sie unsere Planung vereinfachen, je früher Sie uns über Ihre Absage informieren.
- < Bis zu 24 Stunden vorher können Sie vereinbarte Termine gebührenfrei absagen.
- < Für den Fall, dass ein Termin ohne Absage/ nicht rechtzeitige Absage entfällt, stellen wir ihnen privat eine Ausfallgebühr von 80% der Therapiesitzung in Rechnung, dadurch kann die entfallene Behandlung nach Heilmittelverordnung nachgeholt werden.
- < Wir sichern Ihnen zu, die Terminlücke wenn möglich zu schließen, damit der vorgenannte Betrag nicht fällig wird. Ersparte Aufwendungen werden durch uns nicht berechnet.
- < Natürlich werden auch wir Sie so früh wie möglich informieren, falls einmal eine Behandlungsabsage durch uns erfolgen muss.

Die gesetzliche Verordnungsgebühr: 10,-EUR + Eigenanteil ist während der ersten bis dritten Behandlungen zu zahlen.

Die Rezeptabrechnung erfolgt über eine externe Abrechnungsstelle. Sollte es Probleme mit der Abrechnung Ihrer Heilmittelverordnung gegenüber der Krankenkasse geben, sind Sie verpflichtet sich mit Ihrem Arzt auseinander zu setzen und eventuell entstehende Kosten zu begleichen.

Patienteninformation

- Als Patient bin ich bereits ausreichend über meine Erkrankung/ Behandlung durch meinen verordnenden Arzt informiert und verzichte auf nochmalige Information durch meinen Therapeuten.
- Ich wünsche durch meinen Therapeuten Aufklärung über die Notwendigkeit, Eignung, Art, Durchführung und zu erwartende Folgen und den Umfang der durchzuführenden Therapie .

Ich verzichte auf ein Aufklärungsgespräch im Rahmen des Patientengesetzes.

Diese Erklärung wird durch das im Jahr 2013 in Geltung getretene Patientenrechtegesetz notwendig.

Datenschutzgrundverordnung

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der Verordnungen an die Abrechnungsstelle einverstanden.

Als Patient erkenne ich die vorstehenden Regelungen an und willige in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Eine Kopie dieser Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

Magdeburg,den _____ Unterschrift _____

