



PHOENIX
PHYSIKALISCHE THERAPIE PLUS
THOMAS BAUSCHERT

Güntterstraße 12 · 71672 Marbach/Neckar

Tel.: 071 44/860208 · Fax: 071 44/860210 · www.therapie-bauschert.de · info@therapie-bauschert.de

Bank: Postbank Stuttgart · BLZ: 60010070 · Kto.: 175402700

Einverständnis-Erklärung zur Terminabsprache und deren Regelung sowie gewisser Behandlungsgrundsätze für alle Therapiemaßnahmen und Verordnungen, die in meiner Praxis in Anspruch genommen werden.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Nr.: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftl.: _____ Tel. mobil.: _____

Chronische Erkrankungen: _____

Operationen: _____

Dauerhaft zu nehmende Medikamente: _____

Akutes Problem: _____

Mit meiner Unterschrift im Ende des Textes erkläre ich mich mit den beschriebenen Modalitäten der Terminabsprache und deren Regelung einverstanden und bekunde den verantwortungsvollen Umgang mit der Zeit, die mein Therapeut sich für mich nimmt (einplant) und die ich für die Behandlung aufwenden muss.

Mir ist bewusst, dass der optimale Behandlungserfolg nur durch meine Mitwirkung und der Zeit, die mein Therapeut sich für mich nimmt, von Erfolg gekrönt sein kann. (Die Zeit für eine Behandlung ist natürlich von der jeweiligen Honorierung abhängig) Falls die Honorierung für die von mir in Anspruch genommene Therapieleistung von meiner Krankenkasse nicht beglichen, übernommen oder erstattet wird, muss ich die entstandenen Kosten selber tragen. Beratungs-, Info- und Aufklärungsgespräche (Korrespondenz auch per E-Mail, Telefon oder Fax), falls sie nicht während der Behandlungszeit geführt werden, kann der Therapeut zusätzlich in Rechnung stellen. Darüber hinaus angeforderte dokumentierte Befunderhebungen und Therapiepläne werden dem Aufwand entsprechend honoriert. Mir ist bewusst, dass mein Therapeut nichts tut, was ich nicht möchte. Daraus ergibt sich jedoch auch, wenn ich durch meine Willensbekundung Einfluss auf die Behandlung oder deren Verlauf nehme, dass hierdurch der optimale Therapieerfolg beeinträchtigt werden kann.

Ich werde außerdem daraufhingewiesen, dass es untersagt ist, Mobilfunktelefone in der Praxis zu betreiben, es sei denn ich gehöre einer Hilfs-, Rettungsorganisation, der Feuerwehr oder dem Polizeidienst an. Warum? Wegen des Elektroschlags und damit der Therapeut nicht bei einer Behandlung, wie z.B. Mobilisieren eines Halswirbels, erschreckt, denn das hätte unangenehme Folgen für beide Seiten.

Ich habe hiermit zur Kenntnis genommen, dass mein Therapeut unter Schweigepflicht steht und daher alles, was ich während der Therapie spreche, bei ihm bleibt. Es ergibt sich daraus auch, dass ich ihn nicht über andere Patienten befragen kann.

Die Terminabsprache, die ich getroffen habe, ist verbindlich für beide Seiten. Somit ist ein Vertragsverhältnis entstanden. Ich werde die Termine, die ich nicht wahrnehmen kann oder verschieben muss, 48 Stunden (2 Werktagen) vor dem Behandlungstermin absagen (Erläuterung: bei einem Samstag handelt es sich hierbei nicht um einen Werktag. Termine, die auf einen Montag vereinbart sind, müssten also schon am Donnerstag der vorigen Woche abgesagt oder verschoben werden). Falls ich diese Absprache nicht einhalten kann, liegt die Verantwortung nicht beim Praxisinhaber und ich Sorge für den Ausgleich des entstandenen Ausfalls.

Verschiedene Behandlungen bzw. Behandlungsmethoden bedürfen eines ruhigen Umfeldes und vertragen es nicht, wenn der Therapeut sich vom zu behandelnden Patienten entfernt. Daher werde ich immer bemüht sein, eine ruhige, meditative Atmosphäre, die in der Praxis vorherrscht (vorherrschen kann), nicht zu stören.

Wenn die Praxistür nicht verschlossen ist gehe ich davon aus, dass mein Therapeut anwesend ist und in wenigen Minuten für mich da sein kann.

Marbach am Neckar, den _____ Unterschrift: _____