

**Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!**

Ich möchte Ihnen hiermit eine kurze Information bezüglich des organisatorischen Ablaufes im Rahmen Ihrer Physiotherapie geben.

Da ich **Wahlphysiotherapeutin** bin, müssen Sie die Kosten der Physiotherapie zunächst selbst tragen und bekommen von Ihrer Krankenversicherung bei **chefärztlich bewilligter Verordnung** einen **bestimmten Teil zurückerstattet**. Die Dauer einer Therapieeinheit beträgt je nach Verordnung 30 bis 45 Minuten wobei ca. fünf Minuten als Dokumentationszeit berechnet werden. Mein Honorar beträgt für 30 Minuten 60€; und für 45 Minuten 85€. Sie müssen im Anschluss an jede Therapieeinheit bar bezahlen. Können Sie einen vereinbarten **Termin nicht wahrnehmen**, bitte ich Sie diesen Termin unverzüglich, spätestens aber **werktags 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Andernfalls behalte ich mir das Recht vor, den nicht wahrgenommenen Termin in der Höhe jener Kosten, die auch bei durchgeföhrter Behandlung zu zahlen gewesen wären, in Rechnung zu stellen.

**Organisatorisches**

Bitte mitnehmen: **Handtuch, sportliches Gewand, gültige Verordnung, relevante Befunde**

**Kontakt:** Nathalie Neumann, BSc., MSC.

Physiotherapeut, Sportwissenschaftler

Tel.: 0664/4952452

Mail: [nathalie.neumann@aon.at](mailto:nathalie.neumann@aon.at)

**Standorte:**

- Gemeinschaftspraxis Körperwerkstatt; Johannesstraße 37/2, 2371 Hinterbrühl
- Heilmassage Staud-Neumann, Ungargasse 29/19a, 1030 Wien

**Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung**

Mit der Bekanntgabe und Bestätigung durch Ihre Unterschrift, stimmen Sie zu, dass Ihre personenbezogenen Daten, wie **Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Telefon, E-Mailadresse, Sozialversicherungsnummer, Befunddaten** zum Zweck der Kontaktaufnahme, Terminvereinbarung, Behandlung sowie Dokumentation und Abrechnung verarbeitet und gespeichert werden dürfen.

**Widerrufsrecht**

Sie sind gemäß §34 BDSG jederzeit berechtigt gegenüber der Ordination / Gemeinschaftspraxis (Physiotherapie Neumann) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß §35 BDSG können Sie jederzeit gegenüber der Ordination / Gemeinschaftspraxis (Physiotherapie Neumann) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail ([nathalie.neumann@aon.at](mailto:nathalie.neumann@aon.at)) übermitteln.

---

Datum

---

Unterschrift

#### **1.) Worauf müssen Sie vor Behandlungsbeginn achten?**

Für Ihre Behandlung in meiner Praxis für Physiotherapie benötigen Sie eine ärztliche Verordnung. Diese wird Ihnen von Ihrem behandelnden Arzt ausgestellt. Bitte beachten Sie: Ich habe keinen Kassenvertrag mit Ihrem Versicherungsträger! Sie begleichen die entstehenden Kosten mit mir als Wahltherapeut und suchen bei Ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger um teilweise Rückerstattung gemäß Kassentarif an. **Dazu benötigen Sie eine Bewilligung der ärztlichen Verordnung durch die chefärztliche Abteilung Ihrer zuständigen Krankenkasse.**

#### **2.) Wie gestaltet sich der Ablauf der Therapie**

Zu Beginn der Behandlung wird eine ausführliche Befunderhebung durchgeführt. Mit mir als Ihrem Physiotherapeuten besprechen Sie alle therapierelevanten Punkte (Behandlungsziel, Maßnahmen der Behandlung, Behandlungstermine, Behandlungsdauer, Behandlungsfrequenz, Behandlungsumfang, Kosten der Behandlung). Meine Behandlung erfolgt in Übereinstimmung mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen (Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in der geltenden Fassung (MTD-Gesetz)). Nach der Befundaufnahme unterbreite ich Ihnen einen Behandlungsvorschlag. Es obliegt Ihnen, dieses Angebot anzunehmen oder Anpassungen mit mir abzusprechen. Alle Informationen, welche Sie mir als Physiotherapeut geben, unterliegen der Schweigepflicht. Sämtliche von mir durchgeführten Maßnahmen werden dokumentiert, die Aufzeichnungen verbleiben bei mir. Auf Wunsch können Sie jedoch jederzeit Einsicht nehmen.

#### **3.) Nebenwirkungen / Komplikationen**

Physikalische Therapieformen sind bei Beachtung der Kontraindikationen nebenwirkungsarm. Es kann aber ausnahmsweise vorkommen, dass trotz gewissenhafter und dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechender Durchführung der Therapie verschiedene Behandlungen nicht vertragen werden oder Komplikationen auftreten. Sollten sich im Verlauf der Therapieserie Probleme oder weitere Fragen ergeben, müssen Sie mich oder Ihren behandelnden Arzt sofort informieren.

Folgende Nebenwirkungen / Komplikationen können auftreten:

- Allgemein (gilt für alle physikalischen Therapien): Müdigkeit, Herz-Kreislaufregulationsstörungen (Blutdruckabfall oder -anstieg) Stürze
- Hautunverträglichkeit (Elektro- und Hydrotherapie, Massage): juckende Ausschläge, Verätzungen, Verbrennungen, Allergien, Medikamentenunverträglichkeit
- Verletzungen der behandelten Strukturen (Bänder, Gelenkkapseln, Sehnen, Knorpel, Knochen, Gelenke, Gefäße, Nerven, Muskeln) während der aktiven und /oder passiven Bewegungstherapie, Verletzungen durch von Ihnen fallengelassene Gewichte bei der medizinischen Trainingstherapie, Auftreten von blauen Flecken (Hämatomen)
- Verstärkung von Schmerzen

#### **4.) Ihr Anteil an einer erfolgreichen Behandlung**

Als Ihr Physiotherapeut verstehe ich meine Tätigkeit als Begleiter auf Ihrem persönlichen Weg. Ich stehe Ihnen mit Rat und Tat zu Seite und setze mein gesamtes Wissen und alle meine Fähigkeiten zu Ihrem Vorteil ein. Eine erfolgreiche Behandlung setzt voraus, dass Sie mir über Ihren Gesundheitszustand, eventuelle Medikamenteneinnahmen und bisher mit Ihren Beschwerden in Zusammenhang stehende Behandlungen und Untersuchungen Auskunft geben. Weiters ist es unerlässlich, dass Sie die von mir aufgetragenen Übungen und Handlungen durchführen bzw. unterlassen.

#### **5.) Kosten der Therapie**

Mein Honorar richtet sich nach der Behandlungsdauer. Dauer der Behandlung 30 Minuten = 60€; Dauer der Behandlung 45 Minuten 85€. Sie erhalten nach Beendigung der Behandlung eine Rechnung. Sie müssen im Anschluss an jede Therapieeinheit bar bezahlen. Ihre Rechnung können Sie bei Ihrer Krankenversicherung zur teilweisen Kostenrückerstattung einreichen. Notwendige Unterlagen dazu sind: ärztliche Verordnung, chefärztliche Bewilligung, Original-Rechnung. Die genaue Höhe der Rückerstattung können Sie bei Ihrer Krankenversicherung (Abteilung chefärztlicher Dienst) erfragen. Präventivbehandlungen sowie andere die Therapie unterstützende Maßnahmen können nicht mit Ihrer Krankenkasse verrechnet werden.

#### **6.) Nichtwahrnehmen eines vereinbarten Termins durch den Patienten**

Können Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, bitte ich Sie diesen Termin unverzüglich, spätestens aber werktags 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Andernfalls behalte ich mir das Recht vor, den nicht wahrgenommenen Termin in der Höhe jener Kosten, die auch bei durchgeföhrter Behandlung zu zahlen gewesen wären, in Rechnung zu stellen. Diese Kosten können nicht beim Krankenversicherungsträger geltend gemacht werden.

#### **7.) Beendigung der Betreuung**

Die Behandlung kann jederzeit im Einvernehmen beendet werden. Weiters definiert der Umfang der ärztlichen Verordnung den berufsrechtlich zulässigen Umfang.

#### **8.) Wertgegenstände**

Für nicht ordnungsgemäß verwahrte Wertgegenstände kann keine Haftung übernommen werden.

#### **9.) Kommunikation via Email / SMS**

Für Terminvereinbarungen und die Übermittlung von Übungsprogrammen kann via Email oder SMS kommuniziert werden.

#### **10.) Gerichtsstand**

Als Gerichtsstand gilt Wien. Der gegenständliche Vertrag unterliegt österreichischem Recht.

#### **11.) Gültigkeit dieser Vereinbarung**

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift auf dem bei mir verbleibenden Befundbogen, diese Vereinbarung gelesen und vollinhaltlich verstanden zu haben.

Ich habe die AGBs gelesen und verstanden

---

Datum

---

Unterschrift