



Physiotherapie für Privatpatienten in Vaterstetten OT Baldham Physiotherapeut Marco Bruhn

Aufklärungsformular für gesetzlich krankenversicherte Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als Privatpraxis für Physiotherapie möchte ich Sie darüber informieren, dass meine Praxis keine Zulassung für die Abrechnung mit gesetzlichen Krankenversicherungen oder Berufsgenossenschaften besitzt. Demzufolge ist es notwendig, dass Sie die Behandlungskosten gemäß des zuvor unterzeichneten Behandlungsvertrags bzw. der Honorarvereinbarung selbst tragen.

Es besteht lediglich in Ausnahmefällen die Möglichkeit einer Erstattung durch Ihre gesetzliche Krankenversicherung. Hierfür müssen Sie eine Einzelfallentscheidung schriftlich beantragen und eine entsprechende Zusage erhalten. Dabei sind folgende Unterlagen erforderlich, wie von einigen Patienten berichtet wurde:

- Eine gültige Heilmittelverordnung vom behandelnden Arzt*
- Die Honorarvereinbarung, die Ihnen per E-Mail zugesendet wurde*
- Meine Berufsurkunden als staatlich geprüfter Physiotherapeut/Masseur-Medizinischer Bademeister, ebenfalls per E-Mail*
- Zertifikate über Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage und Krankengymnastik, einschließlich des Bobath-Konzepts, ebenfalls per E-Mail*
- Eine Telefonliste mit etwa 15 Praxen, die Ihnen Termine anbieten können, versehen mit den jeweiligen Namen und verfügbaren Terminen.*

Diese Unterlagen müssen Sie vor Beginn der Behandlung bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung einreichen und auf eine schriftliche Entscheidung bezüglich der Erstattung warten.

Bitte beachten Sie, dass eine Behandlung ohne vorherige schriftliche Zusage der Erstattung seitens Ihrer Versicherung dazu führen kann, dass Sie die Kosten selbst tragen müssen. Gemäß des schriftlich vereinbarten Behandlungsvertrags sind Sie verpflichtet, die Rechnung vollständig zu begleichen, unabhängig davon, ob eine Erstattung durch die Versicherung erfolgt oder nicht, da ich auf diesen Prozess keinen Einfluss habe.

Ich bestätige hiermit, den obigen Text vollständig gelesen, verstanden und akzeptiert zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:

Unterschrift Betreuer/Erziehungsberechtigter: