



## Therapievereinbarung & Fragebogen

Herzlich Willkommen bei Physiotherapie Mair-Fillep!

Bitte lesen Sie die Therapievereinbarung sorgfältig durch und beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und gut leserlich in BLOCKBUCHSTABEN. Die erfassten Daten unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Diese tragen dazu bei, Ihren Gesundheitszustand für die bevorstehenden Therapien richtig beurteilen zu können.

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Vers.Nr. \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

HAUPTPROBLEM (Diagnose, Schmerzen, etc.)

---

---

---

Prothese = künstliche Gelenke?  
(Hüfte, Knie, etc.)

- Nein  
 Ja. Welche? Wann?

---

Operationen

- Nein  
 Ja. Welche? Wann?

---

Bestehende Schwangerschaft?

- Nein     Ja

Osteoporose?

- Nein     Ja

- Epilepsie?  Nein  Ja
- Zuckerkrankheit?  
(Diabetes Mellitus)  Nein  Ja
- Ungewollter Gewichtsverlust?  Nein  Ja
- Krebserkrankung?  Nein  
 Ja. Welche? \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten?  
(Hepatitis C, HIV, etc.)  Nein  
 Ja. Welche? \_\_\_\_\_
- Allergien/Unverträglichkeiten?  
(z.B. ätherische Öle, Pflaster, Latex, etc.)  Nein  
 Ja Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Herzerkrankungen?  Nein  
 Ja. Welche? \_\_\_\_\_
- Herzinfarkt?  Nein  
 Ja. Welche? \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher?  Nein  Ja
- Lungenerkrankung?  
(z.B. Asthma, COPD, etc.)  Nein  
 Ja. Welche? \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck?  Nein  Ja
- Blutgerinnungshemmende Medikamente?  
(Blutverdünner)  Nein  
 Ja. Welche? \_\_\_\_\_
- Schmerzmedikamente?  Nein  
 Ja. Welche? Wie oft?  
\_\_\_\_\_
- Sonstige Medikamente?  Nein  
 Ja. Welche? \_\_\_\_\_

## **1. Informationen**

Worauf sollten Sie vor Behandlungsbeginn achten?

Für Ihre Behandlung in meiner Physiotherapiepraxis benötigen Sie eine ärztliche Verordnung, die Ihnen Ihr behandelnder Arzt ausstellt. Bitte beachten Sie, dass ich keinen Vertrag mit Ihrer Krankenkasse habe! Als Wahltherapeutin begleichen Sie die Kosten direkt bei mir und beantragen anschließend die teilweise Rückerstattung gemäß Kassentarif bei Ihrer Krankenkasse.

Der erste Termin

Bitte bringen Sie Folgendes mit:

- Ihre Überweisung vom Haus- oder Facharzt
- Aktuelle Befunde (Röntgen, MRT, CT, Entlassungsbericht aus dem Krankenhaus, ...)
- Bequeme Bekleidung und Socken/Hausschuhe/Turnschuhe
- Ein großes Badetuch/Leintuch für die Therapieliege
- Die unterschriebene Therapievereinbarung und Fragebogen

## **2. Ablauf der Therapie**

Zu Beginn der Behandlung führe ich eine ausführliche Befunderhebung durch. Gemeinsam besprechen wir alle wichtigen Punkte für die Therapie, wie Behandlungsziel, Maßnahmen, Termine, Dauer, Häufigkeit, Umfang und die 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) des MTD-Gesetzes. 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 Physiotherapeutin geben unterliegen der Schweigepflicht. Sämtliche von mir durchgeführten Maßnahmen werden dokumentiert und verbleiben bei mir. Auf Wunsch können Sie jedoch jederzeit Einsicht nehmen.

## **3. Nebenwirkungen/Komplikationen**

Physikalische Therapieformen sind bei Beachtung der Kontraindikationen nebenwirkungsarm. Dennoch kann es in seltenen Fällen vorkommen, dass trotz gewissenhafter und dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechender Durchführung der Therapie verschiedene Behandlungen nicht vertragen werden oder Komplikationen auftreten. Sollten im Verlauf der Therapie Probleme oder Fragen auftauchen, informieren Sie bitte umgehend mich oder Ihren behandelnden Arzt. Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen sind:

- Allgemein (gilt für alle physikalischen Therapien): Müdigkeit, Herz-Kreislaufregulationsstörungen (Blutdruckabfall oder -anstieg), Stürze
- Hautunverträglichkeit (Massage): juckende Ausschläge, Allergien, Medikamentenunverträglichkeit (Narbensalbe)

- Verletzungen der behandelten Strukturen (Bänder, Gelenkkapseln, Sehnen, Knorpel, Knochen, Gelenke, Gefäße, Nerven, Muskeln) während der aktiven und/oder passiven Bewegungstherapie und Verletzung durch von Ihnen fallengelassene Gewichte beim Training
- Auftreten von blauen Flecken (Hämatomen) durch intensive Weichteiltechniken
- Verstärkung von Schmerzen

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

Als Ihre Physiotherapeutin verstehe ich meine Arbeit als Begleiterin auf Ihrem persönlichen Weg. Ich stehe Ihnen mit Rat und Tat zur 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, in die auch die Zeit für Terminvergabe und Dokumentation integriert ist. Für eine Behandlungsdauer von 30 Minuten beträgt das Honorar € 63,-, bei 45 Minuten € 83,- und bei 60 Minuten € 103,-. Nach Abschluss der Behandlung erhalten Sie eine Rechnung, die innerhalb von 7 Tagen per Überweisung zu begleichen ist. Anschließend können Sie die Rechnung bei Ihrer Krankenversicherung zur teilweisen Rückerstattung einreichen. Die erforderlichen Unterlagen dafür sind: ärztliche Verordnung, Originalrechnung und Zahlungsbeleg. Die genaue Höhe der Rückerstattung erfragen Sie bitte direkt bei Ihrer Krankenversicherung.

#### **6. Nichtwahrnehmen von vereinbarten Terminen durch den Patienten**

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie, diesen so früh wie möglich abzusagen – spätestens jedoch werktags 24 Stunden vor dem Termin (telefonisch, per SMS oder E-Mail). Andernfalls behalte ich mir das Recht vor, den nicht wahrgenommenen Termin in der Höhe jener Kosten, die auch bei durchgeführter 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 gegenseitigen Einvernehmen beendet werden. Weiters definiert der Umfang der ärztlichen Verordnung den berufsrechtlich zulässigen Umfang.

#### **8. Datenschutz**

Ich verarbeite Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und zur Einhaltung der gesetzlichen Dokumentationspflicht gemäß § 11a MTD-Gesetz.

## **9. Informationen sowie Einwilligung auf Basis der DSGVO**

Physiotherapie Mair-Fillep Alexandra, Linzerstraße 50, 4690 Schwanenstadt, verarbeitet und dokumentiert Ihre personenbezogenen Daten (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Bankdaten) sowie Ihre Gesundheitsdaten (z.B. Größe, Gewicht, Anamnese, Verletzungsbild, Befunde und Patientendokumentation) zum Zweck der Vertragserfüllung während des Behandlungszeitraums.

## **10. Gültigkeit dieser Vereinbarung**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, diese Vereinbarung gelesen und vollständig verstanden zu haben. Zudem stimmen Sie der Weiterverarbeitung der oben genannten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten bis auf Widerruf bzw. Widerspruch zu und bestätigen die Richtigkeit Ihrer Angaben.

---

(Datum, Unterschrift Patient/in-gesetzlicher Vertreter)