



# PATIENTENAUFKLÄRUNG

■ HEILPRAKTIKER FÜR PHYSIOTHERAPIE ■

## 1. Behandlungsform

Die Behandlung erfolgt im Rahmen der Tätigkeit als sektoraler Heilpraktiker für Physiotherapie.

Das bedeutet:

- Die Behandlung erfolgt ohne ärztliche Verordnung (Rezept)
- Der Behandler führt eine eigenständige physiotherapeutische Diagnostik durch
- Die Therapie wird individuell auf Ihre Beschwerden abgestimmt

## 2. Abgrenzung zur ärztlichen Behandlung

Die Behandlung durch einen sektoralen Heilpraktiker ersetzt keine ärztliche Diagnostik oder Behandlung.

Ich wurde darüber informiert, dass:

- bei unklaren Beschwerden ggf. eine ärztliche Abklärung notwendig ist
- der Behandler keine ärztlichen Diagnosen im schulmedizinischen Sinne stellt
- keine Medikamente verordnet werden

## 3. Behandlungsziele und Erfolgsaussichten

Ziel der Behandlung ist es:

- Schmerzen zu lindern
- Beweglichkeit zu verbessern
- die körperliche Belastbarkeit zu steigern

Ein konkreter Behandlungserfolg kann nicht garantiert werden.

Es wird kein Heilversprechen gegeben.

## 4. Risiken der Behandlung

Physiotherapeutische Behandlungen sind in der Regel risikoarm.

Dennoch kann es in Einzelfällen zu folgenden Reaktionen kommen:

- kurzfristige Schmerzverstärkung
- Muskelkaterähnliche Beschwerden
- Kreislaufreaktionen
- selten: Reizungen von Nerven oder Gelenken

Ich wurde darüber aufgeklärt und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

## 5. Mitwirkungspflicht

Für den Behandlungserfolg ist meine aktive Mitarbeit erforderlich.

Ich verpflichte mich:

- alle relevanten gesundheitlichen Informationen wahrheitsgemäß anzugeben
- Veränderungen meines Gesundheitszustandes mitzuteilen
- empfohlene Übungen und Maßnahmen umzusetzen

## 6. Kostenübernahme

Die Behandlung erfolgt auf **Selbstzahlerbasis**.

Ich wurde darüber informiert, dass:

- gesetzliche Krankenkassen die Kosten in der Regel nicht übernehmen
- eine Erstattung durch private Versicherungen oder Zusatzversicherungen möglich, aber nicht garantiert ist

Die Kosten sind unabhängig von einer Erstattung vollständig und sofort nach Rechnungsstellung zu begleichen.

## 7. Einwilligung

Ich habe die oben genannten Informationen gelesen und verstanden.

Ich wurde ausreichend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Ich bin mit der Durchführung der Behandlung einverstanden.

Name Patient/in: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_