

PHYSICUM

Einverständniserklärung Parallelbehandlung

Einverständnis für Parallelbehandlung / Einwilligung in die Parallelbehandlung

Unsere Praxis für Ergotherapie und Physiotherapie arbeitet auf wirksamkeitsnachgewiesener Grundlage im Kontext der Leitlinien. Im Rahmen unserer neurophysiologischen, orthopädischen und motorisch-funktionellen Einzelbehandlungen konnten wir sehr positive Erfahrungen mit innovativen Rehabilitationstechnologien in Kombination mit konventionellen Therapieverfahren machen.

Hiermit stimme ich _____ zu, dass ich zukünftige Heilmittelbehandlungen gemäß vorliegender, gültiger Verordnung ab sofort auch im Rahmen einer Parallelbehandlung wahrnehmen möchte, um dauerhaft in diesem Therapiesetting zu partizipieren

Den/die behandelnde/nÄrztin/Arzt informiere ich eigenständig von dieser Maßnahme.

Ich/wir wurden erfolgreich über die Art, den Umfang, die Durchführung, Notwendigkeit der Leistung sowie die zu erwartenden Folgen/Risiken bzw. Erfolgsaussichten der Therapie aufgeklärt.

Ich gehe vertraulich und diskret mit allen Inhalten (Informationen, welche sich aus einem sozialen Austausch ergeben, fachspezifische und therapeutische Informationen, etc.) im Rahmen des Parallelsettings um und trage keine Informationen nach außen an Dritte weiter. - vgl. Schweigepflichtentbindung.

Ich habe eine Ausfertigung der Einverständniserklärung erhalten.

Ort, Datum. _____

Nachname, Vorname _____

Unterschrift Patient; gesetzlicher Vertreter/in, Betreuer/in; Personensorgeberechtigte