

### **Aufklärungs- und Behandlungsvertrag**

Zwischen der Praxis PhysiOhlwerter, Simonshoferstraße 11, 91207 Lauf und

Anrede		Vorname	
Nachname		Straße	
PLZ/Ort		Tel./Mobil	
Email		Geboren am	

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigen/Rechnungsempfängers:

Name		Vorname		Geb.:	
------	--	---------	--	-------	--

**Versicherungsstatus:**

Ich bin:  Privat/Zusatz versichert       Beihilfeberechtigt/PostB/KVB       Selbstzahler

**Nutzung der Email**

Ich bin einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse zur Kommunikationszwecken, Terminvergabe und Rechnungsversand genutzt wird. Widerruf jederzeit per E-Mail an [physio@ohlwerter.com](mailto:physio@ohlwerter.com).

Datum, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Terminvereinbarung und Absagen von Terminen**

Die Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert.

Termine müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden (Telefon, AB, E-Mail).

Bei verspäteter Absage oder Nichterscheinen wird eine **Ausfallpauschale** in Höhe der Selbstzahlerpreise berechnet (keine Erstattung durch Krankenkassen).

Ich bestätige, dass ich Termine mindestens 24 Stunden vorher absage und bei Versäumnis die Ausfallkosten selbst trage.

Datum, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Rechnungsstellung und Erstattung der Leistungen**

Sie erhalten die Rechnung nach der letzten Behandlung, spätestens nach zwei Monaten.

Die Zahlung ist innerhalb von 14 Tagen unabhängig von einer Erstattung durch Ihre Versicherung zu leisten.

Bitte klären Sie die Erstattungsfähigkeit im Vorfeld selbstständig mit Ihrer Versicherung. Eine Garantie für vollständige Erstattung wird nicht übernommen.

## Datenschutz

Die Praxis verarbeitet personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten gemäß DSGVO (Art. 6, 9).

Diese Daten sind für Ihre Behandlung erforderlich und werden mindestens 10 Jahre aufbewahrt.

Zur Behandlung oder Abrechnung kann eine Weitergabe an Ärzte, Therapeuten, Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder IT-Dienstleister erfolgen. Ein Verzeichnis der Auftragsverarbeiter finden Sie in unseren AGB auf der Website.

Sie können der Verarbeitung aus persönlichen Gründen schriftlich widersprechen, sofern keine zwingenden Gründe dagegenstehen.

Ich willige in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch die Praxis PhysiOhlwerter ein.

Datum, \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtentbindung

Ich stimme zu, dass meine behandlungsrelevanten Gesundheitsdaten zum Zweck der optimalen Therapie an externe weiterbehandelnde medizinische Berufsgruppen (Ärzte, Therapeuten, Psychologen;...) übermittelt werden dürfen. Eine Weitergabe erfolgt nur nach vorherige Rücksprache mit meinem Therapierenden.

Datum, \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Abrechnungswege und Preislisten

Physiotherapie auf Rezept: Heilmittel werden nach der **Gebührenübersicht für Therapeuten** (GebüTH) abgerechnet. Diese entsprechen umgerechnet dem 1,8 bis 2,1-fachen beihilfefähigem Höchstsatz. Die Praxis PhysiOhlwerter führt **keine Beihilfesätze!**

Osteopathie/Akupunktur und Heilpraktik: Naturheilkundliche Leistungen werden nach der **Gebührenverordnung für Heilpraktiker** (GebÜH) abgerechnet. Das Honorar richtet sich hierbei nach dem Umfang und Aufwand der durchgeföhrten Behandlung und liegt ca. zwischen **60€ - 170€ pro Einheit**.

Selbstzahler: Für Selbstzahler gelten folgende Pauschalen je nach Umfang und Aufwand (Stand 01/2026). Die Selbstzahler-pauschalen sind bei PKVs/Beihilfe aufgrund der Rechnungsstellung **nicht erstattungsfähig**.

### Volle Erstattungen durch Ihre PKV?

Sie sind sich unsicher, welche Leistungen von Ihrer Versicherung übernommen werde und welche nicht? Gerne prüfen wir Ihre Tarifleistungen für Sie vorab, oder erstellen einen unverbindlichen Kostenvoranschlag für Ihre Behandlungen in der Praxis PhysiOhlwerter.

Erstuntersuchung	150,-€
Folgetermin	60,00-120,00€
Akupunktur/Dry Needling	18,00-75,00€
Zusatzleistung	Nach Absprache

### Allgemeine Patientenaufklärung

Als behandelnde Therapeuten:innen ist es unsere Pflicht Sie über die Notwendigkeit, Eignung, Art, Durchführung, Erfolgsaussichten, zu erwartenden Folgen und Risiken der durchzuführenden Therapie und Maßnahmen aufzuklären.

**Wir bitten Sie diese allgemeinen Informationen zur Kenntnis zu nehmen.**

Folgende Zustände schließen eine physiotherapeutische, osteopathische oder akupunkturbasierte Behandlung aus oder erfordern eine vorherige Abklärung:

- akute Infektionen oder fieberhafte Erkrankungen
- akute Entzündungen im Bewegungsapparat oder inneren Organen
- frische Knochenbrüche oder instabile Verletzungen
- Gerinnungsstörungen, spontane Hämatome oder ausgeprägte Blutverdünnung
- Aneurysmen, Thrombosen, schwere Durchblutungsstörungen
- aktive Tumorerkrankungen (*nur als Primärbehandlung*)
- Hauterkrankungen, Wunden oder Kontaktallergien im Behandlungsbereich
- akut neurologische Symptome unklarer Ursache (z. B. Lähmungen, starker Kopfschmerz)

### Mögliche Nebenwirkungen

#### Manuelle Therapie / Osteopathie / Physiotherapie:

- muskelkaterähnliche Beschwerden
- kurzfristige Symptomverstärkung
- Hautreaktionen
- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen
- vegetative Reaktionen (Schwitzen, Kreislaufschwankungen, Übelkeit)
- sehr selten schwerwiegende Komplikationen im Bereich der Wirbelsäule (1:600.000)

#### Akupunktur / Dry Needling:

- lokale Schmerzen, kleine Blutergüsse
- leichte Hautreaktionen
- selten Infektionen (bei intakter Haut nahezu ausgeschlossen)
- selten allergische Reaktionen
- extrem selten Nadelbruch

### Einverständnis zur Behandlung:

Ich wurde über Art, Ablauf, Risiken und Grenzen der Behandlung informiert und stimme einer Behandlung zu. Mir sind keine der o.g. Kontraindikationen bekannt.

Datum, \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_