



**Sonja Martin**  
**Praxis für**  
**Kunst- und Gestaltungstherapie**  
**(DFKGT)**  
**Ergotherapie**

Weststr. 11  
87561 Oberstdorf  
Tel 08322/4400  
Fax 08322/809259  
Sparkasse Allgäu  
Kto-Nr: 610 128 530  
BLZ: 733 500 00  
IK: 480 970 958

[www.gestaltungstherapie-martin.de](http://www.gestaltungstherapie-martin.de)  
[mailbox@gestaltungstherapie-martin.de](mailto:mailbox@gestaltungstherapie-martin.de)

Stand 2018

## **Aufklärungsbogen**

### Therapievereinbarung

Name des Patienten/in \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich möchte Sie im Rahmen des **Patientenrechtgesetzes** über Ihre Rechte als Patient/in aufklären. Bitte lesen Sie diesen Aufklärungsbogen sorgfältig durch, beantworten Sie bitte die aufgeführten Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

#### **Information durch den behandelnden Arzt:**

Hat der verordnende Arzt/Ärztin Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert? ja / nein

Liegen bei Ihnen, für die Behandlung relevante Vorerkrankungen vor? ja / nein

falls ja, welche? \_\_\_\_\_

#### **Therapiemaßnahme:**

Sie erhalten eine Ergotherapie-Einzelbehandlung mit psychisch-funktioneller und kunsttherapeutischer Ausrichtung. Hierzu gehören auch verschiedene Entspannungstechniken, sowie traumaspezifische Körper- und Selbstwahrnehmungstechniken. Die Behandlung wird verschiedene Methodenelemente beinhalten. Bitte informieren Sie sich auch unter [www.gestaltungstherapie-martin.de](http://www.gestaltungstherapie-martin.de) -> Behandlungsmethoden

#### **Mögliche Komplikationen:**

In der Regel sind ergo- und kunsttherapeutischen **Maßnahmen ohne Nebenwirkungen**. Allerdings kann es vorkommen, daß es während einer Problembearbeitung vorübergehend zu psychisch belastenden Phasen kommt. Die Therapeutin wird Sie hierbei intensiv begleiten. Sollten außergewöhnliche Störungen auftreten, bitte ich Sie mich umgehend zu benachrichtigen, bzw. Ihren behandelnden Facharzt zu informieren.

**Beginn / Behandlungsunterbrechung:**

Die Behandlung muß spätestens **14 Tage nach Ausstellung der Verordnung beginnen** und darf in der Regel längstens für **14 Tage unterbrochen** werden.

**Ausfallgebühr:**

Vereinbarte Behandlungstermine müssen **spätestens 24 Stunden vorher abgesagt** werden. Bei kurzfristigen Absagen oder Nichteinhaltung des Termins entsteht für Sie eine **Ausfallgebühr** in Höhe von

€ \_\_\_\_\_.

**Zuzahlung / Kostübernahme:**

Für gesetzlich Versicherte ab 18 Jahren - sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind - wird eine Zuzahlung von 10% der Leistungshöhe plus € 10,— Verordnungsblattgebühr fällig. Der Therapeut handelt dbzgl. als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. Privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten empfehle ich, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer Krankenkassen zu klären.

**Datenschutz:**

Sie gestatten meiner Praxis im Rahmen der Therapie **personenbezogenen Daten** von Ihnen/ Ihrem Kind zu erheben, **zu verarbeiten und zu nutzen**. Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich.

Sie haben **jederzeit ein Auskunftsrecht** über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Praxisinhaber. Die gesetzliche Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten beträgt nach Abschluss der Behandlung 10 Jahre. Ihre **Daten können an ein Abrechnungszentrum weitergeleitet** werden. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

**Einwilligung:**

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.  
Darüber hinaus wurde ich von Frau Sonja Martin persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle relevanten Fragen umfassend klären.

**Ich wurde darauf hingewiesen, daß ich als GKV-Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil zu bezahlen habe.**

Ich willige in die oben beschriebene Behandlung ein.

Ausgehändigt am \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ Patientin

\_\_\_\_\_  
Behandlerin - Sonja Martin

