

**PATIENTEN – AUFKLÄRUNG / HONORARVERINBARUNG
für die**

Individuelle Trainingstherapieplanung

**Zwischen: Dr. med. Marcus Linzbach
Dr. med. Dominik John**

und

Name des Patienten: _____ **geb.:** _____

Diagnose:

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist aufgrund o.g. Diagnose die Erstellung eines individuellen Trainingstherapieplans zur Eigenübung sinnvoll. Es handelt sich hierbei um ein Therapiekonzept, welche medizinisch empfohlen, jedoch nicht zwingend erforderlich ist und somit nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

Bei der Erstellung des individuellen Therapieplans ist die Zielsetzung die Umsetzung medizinisch evidenter Eigenübungen mit der Zielsetzung einer rascheren Genesung.

Alternative schulmedizinische Behandlungen sind physiotherapeutische, medikamentöse oder operative Maßnahmen.

Über die vorgeschlagene Therapieplanung bin ich umfassend informiert worden und bin damit einverstanden.

Das Therapiekonzept ist auf 12 Wochen ausgelegt und umfasst 3 Phasen. Über eine Eigenverantwortliche Durchführung wurde ich aufgeklärt.

Kostenvoranschlag zur individuellen Trainingstherapieplanung als Gesundheitsleistung (IGel)

Ärztliche Leistungen:

	GOÄ-Ziffer	€
Schriftliche, individuelle Planung	77 (2,3)	20,11€
Ausführliche Beratung im Rahmen der Prävention und Lebensführung	3 (2,3)	<u>20,11€</u>
Gesamt		40,22€

Die Behandlungskosten für die individuelle Trainingstherapieplanung werden von den gesetzlichen Kassen nicht, und von den privaten Kassen ggf. nur teilweise übernommen.

Mir ist bekannt, dass ich für die von mir gewünschte Behandlung eine Privatrechnung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalte. Für diese Rechnung bin ich unabhängig von der Erstattung meiner Krankenkasse in voller Höhe zahlungspflichtig. Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

Mein behandelnder Arzt hat mich über folgendes aufgeklärt:

Die von mir gewünschte Behandlung kann nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise.

Mein behandelnder Arzt wird diese Leistungen privatärztlich liquidieren. Diese sind von mir zu bezahlen.

Meine Wahlentscheidung gilt für alle oben aufgeführten Kosten der Behandlung.

Bonn, den

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient /-in

Einverständniserklärung: Ihr behandelnder Arzt erstellt für Sie einen individuellen Therapieplan mit detaillierter Übungsbeschreibung und nutzt hierfür das Angebot der Mawendo GmbH. Zur Erstellung des Therapieplans übermittelt ihr Arzt Ihren Namen, Geburtsdatum, Krankheitsbild und E-Mail Adresse an die Mawendo GmbH.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Übermittlung, Verarbeitung und Speicherung der oben genannten Daten durch meinen Arzt/Physiotherapeut an die Mawendo GmbH, Kaltentaler Str. 25D, 70563 Stuttgart einverstanden und entbinde meinen Arzt insoweit von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Die Erklärung gilt nur für oben genannte Daten und vorgenannten Zweck. Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Die Mawendo GmbH unterliegt den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.