

Einverständniserklärung zur physiotherapeutischen Behandlung in sensiblen Körperbereichen in der Physiotherapiepraxis körperNaH Physiotherapie Nardelli & Hauer

Name des Patienten / der Patientin: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung kann es – je nach Beschwerdebild und medizinischer Notwendigkeit – erforderlich sein, auch Behandlungen im Brustbereich, im Leistenbereich sowie im Gesäßbereich durchzuführen.

Diese Behandlungen erfolgen ausschließlich auf fachlicher Grundlage und dienen der Verbesserung bzw. Wiederherstellung Ihrer körperlichen Funktion und Gesundheit.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass:

- die Behandlung in diesen Körperbereichen medizinisch begründet ist,
- sie mit größtmöglicher Sorgfalt, Professionalität und unter Wahrung meiner Intimsphäre durchgeführt wird,
- ich jederzeit das Recht habe, die Behandlung ganz oder teilweise abzulehnen oder abubrechen, ohne dass mir daraus keine Nachteile entstehen.

Mir ist bewusst, dass ich bei Unklarheiten jederzeit Rückfragen stellen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden habe und mit der Durchführung der notwendigen physiotherapeutischen Maßnahmen in den genannten Körperbereichen einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin