

Einwilligungserklärung zur intraoralen physiotherapeutischen Behandlung in der Physiotherapiepraxis körperNaH Physiotherapie Nardelli & Hauer

Name des Patienten / der Patientin: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Ich wurde von meiner behandelnden Physiotherapeutin umfassend darüber aufgeklärt, dass im Rahmen meiner Therapie eine Behandlung im Mundraum (intraorale Behandlung) durchgeführt werden kann.

Diese Behandlung kann insbesondere Maßnahmen im Bereich der Kaumuskulatur, des Kiefergelenks sowie angrenzender Strukturen umfassen. Mir ist bekannt, dass die Behandlung mit Handschuhen und unter Einhaltung der hygienischen Standards erfolgt.

Ich wurde darüber informiert, dass:

- die Behandlung in meinem Mundraum stattfindet,
- es dabei zu einem ungewohnten oder kurzfristig unangenehmen Gefühl kommen kann,
- 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