

Patienteninformation

Name:.....

Geburtsdatum:.....Telefonnummer:.....

Adresse:.....PLZ, Ort:.....

Zur Vorbeugung von Missverständnissen, bitte ich Sie um Kenntnisnahme nachfolgender Informationen:

- ✓ Ich bitte Sie zu vereinbarten Terminen pünktlich zu erscheinen.
- ✓ Termine müssen mindestens **24 h** vorher storniert werden (Sms, Mail oder Nachricht auf der Mobilbox genügt). Bitte um Kenntnisnahme, dass bei kürzeren Absagen keine zusätzlichen Termine (außer den 10 im Programm inkludierten Liveeinheiten) in Anspruch genommen werden können, da der Termin für Sie reserviert wurde. Bitte um Verständnis. Dies soll anderen PatientInnen auf der Warteliste ermöglichen, Termine zu erhalten.
- ✓ Ziel meiner Tätigkeit ist, Unterstützung und Hilfe zu geben im Rahmen der Rückbildung und Wiederherstellung der Kraft der weiblichen Körpermitte, des Beckenbodens, der **Gesundheitsvorsorge** und bei Selbsterfahrungsprozessen. Ein weiterer Tätigkeitsbereich ist die professionelle Begleitung einer Körpertherapie/ **Physiotherapie nach ärztlicher Anordnung**. Aus rechtlichen Gründen weise ich ausdrücklich darauf hin, dass meine Beratungen keine ärztlichen Behandlungen oder Therapien ersetzen. Ein Erfolg der Maßnahmen kann nicht garantiert werden, da er von einer Vielzahl individueller Faktoren abhängig ist.
- ✓ Auch möchte ich Sie informieren, dass es nach der Behandlung zu verschiedenen **Therapiereaktionen** kommen kann. Das können körperliche Reaktionen in Form von Schmerzen (z.B. wie blaue Flecken, Ziehen, Muskelkatergefühl) oder von vegetativen Reaktionen (z.B. Müdigkeit, Übelkeit, Schwindel, Benommenheit/Erschöpfungsgefühl, Herzrasen...) sein. Diese treten im Normalfall innerhalb der **ersten vier Tage** auf und vergehen rasch wieder.
- ✓ !Sollten Sie sich **Sorgen machen** oder mögliche Nachreaktionen nach zwei Wochen noch bestehen, schicken Sie mir bitte ein **Nachricht/SMS** und kontaktieren Sie mich zwecks **Rücksprache!**
- ✓ Ich bin der Meinung ausreichend über die bevorstehende Therapie und mögliche Therapiereaktionen informiert worden zu sein und willige hiermit in die Behandlung durch Frau Marina Hirtner, BSc ein.
- ✓ **Datenschutz**
 - Im Zuge der Zusammenarbeit zwischen PatientIn und Physiotherapeutin Marina Hirtner, werden personenbezogene Daten erhoben. Diese umfassen Namen, Adresse, Telefonnummer und Emailadresse für die Erstellung der Rechnung und zur Kontaktaufnahme.
 - Diese Daten werden nur für die Erstellung der Rechnung erhoben und nicht an Dritte weitergegeben. Weitere Informationen finden Sie auf meiner Homepage www.marina-hirtner-physio.at
- ✓ Ich erkläre mich mit der Datenschutzerklärung einverstanden.
- ✓ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten und Emailadresse für die Rechnungsstellung verwendet werden.
- ✓ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Handynummer und Emailadresse zur Kontaktaufnahme via Nachricht und/oder Anruf verwendet wird.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/In (gesetzlicher Vertreter/In)

