

Einwilligung in die ambulante Rehabilitation

Anschlussheilbehandlung AHB oder ambulante muskuloskelettale Rehabilitation AMR

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Reha-Beginn:

Zustimmung zur Teilnahme

Ich stimme der Durchführung meiner vorgesehenen ambulanten Rehabilitation bei der Sport-REHA GmbH Berlin zu. Diese erfolgt als Anschlussheilbehandlung (AHB) oder ambulante muskuloskelettale Rehabilitation (AMR), entsprechend der Bewilligung und der medizinischen Planung.

Vorgesehenes Verfahren bitte kennzeichnen: AMR

Noch nicht bekannt: Das Verfahren wird bei der Aufnahme geklärt.

☐

Mögliche Leistungen der Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation umfasst ein individuell abgestimmtes, interdisziplinäres Angebot. Je nach medizinischem Bedarf und Behandlungsplan können dazu gehören:

- Ärztliche Aufnahmeuntersuchung, Betreuung und Verlaufskontrolle
- Physiotherapeutische Einzelbehandlungen und Ergotherapie
- Medizinische Trainingstherapie und Sporttherapie
- Physikalische Anwendungen, beispielsweise Wärme, Kälte oder Elektrotherapie, sowie Massage
- Bewegungsgruppen und Entspannungsangebote
- Schulungen und Vorträge, Ernährungsberatung sowie Sozialberatung

Nicht alle Leistungen sind für jede Patientin oder jeden Patienten vorgesehen. Die Auswahl, Häufigkeit und Belastung richten sich nach meinem Gesundheitszustand und werden bei der Aufnahme und im Verlauf mit mir abgestimmt.

Aufnahme und individuelle Behandlung

Die ärztliche Aufnahme und die persönliche Aufklärung stehen noch bevor. Bei der Aufnahme werden meine Beschwerden, Befunde und Behandlungsziele besprochen und der Therapieplan festgelegt. Vor den jeweiligen Maßnahmen werde ich über die für meine Entscheidung wesentlichen Umstände, einschließlich relevanter Risiken und Alternativen, aufgeklärt und kann Fragen stellen.

Mit dieser Erklärung bestätige ich meine Zustimmung zur Teilnahme an der Rehabilitation. Sie ersetzt nicht die erforderliche persönliche Aufklärung und Einwilligung in konkrete medizinische Maßnahmen. Ich bestätige damit auch nicht, dass bereits ein Aufnahme- oder Aufklärungsgespräch stattgefunden hat.

Freiwilligkeit und Mitwirkung

Ich kann meine Zustimmung jederzeit für die Zukunft zurücknehmen und einzelne Maßnahmen ablehnen. Die Auswirkungen auf meine Rehabilitation und mögliche Alternativen werden dann mit mir besprochen.

Bei der Aufnahme informiere ich das Behandlungsteam über bekannte Erkrankungen, Medikamente, Allergien und Einschränkungen. Während der Rehabilitation melde ich Schmerzen, Schwindel oder andere Auffälligkeiten unmittelbar. Datenschutzinformationen und gesonderte Einwilligungen zur Datenverarbeitung werden separat bereitgestellt.

Ort und Datum:

Unterschrift Patientin oder Patient:

Falls eine vertretungsberechtigte Person einwilligt: Name und Grundlage der Vertretung

Unterschrift der vertretungsberechtigten Person: