

Behandlungsordnung ambulante Rehabilitation

Liebe Patientinnen und Patienten!

Wir freuen uns, dass Sie am ambulanten Rehabilitationsprogramm vom Vinzenz Ambulatorium & CARDIOMED – Wien-Meidling teilnehmen.

Wir ersuchen Sie um Kenntnisnahme folgender Behandlungsordnung:

- 1.) Ich wurde über die Maßnahmen und den Ablauf der ambulanten Rehabilitation aufgeklärt und informiert. Ich nehme zur Kenntnis, dass ein optimaler Erfolg einer ambulanten Rehabilitation nur dann möglich ist, wenn ich regelmäßig an den vereinbarten Terminen teilnehme.
- 2.) Ich wurde hiermit ausdrücklich informiert, dass der von der Rehabilitationsklinik erstellte Therapieplan einzuhalten ist. Dringende Verschiebungen von geplanten Therapieeinheiten auf meinen Wunsch müssen mindestens 24 Stunden vor dem festgelegten Termin schriftlich oder mündlich dem Administrationsteam bekannt gegeben werden. Bei krankheitsbedingter Verhinderung ist eine Krankmeldung des Haus- bzw. Facharztes ab dem ersten Tag an das Administrationsteam zu übermitteln.

Terminverschiebungen seitens der Rehabilitationsklinik sind aufgrund organisatorischer Gründe jederzeit möglich. Wir bitten diesbezüglich um Verständnis.

- 3.) Wir weisen darauf hin, dass für einen positiven Abschluss der ambulanten Rehabilitation eine Teilnahme von mindestens 75 % notwendig ist. Im Falle einer Teilnahme von weniger als 75 % haben wir den Auftrag der Pensionsversicherungsanstalt, die Rehabilitation vorzeitig abzubrechen.
- 4.) Wir ersuchen Sie, rechtzeitig zu den Therapieeinheiten zu erscheinen, damit wir pünktlich starten können.

Im Auftrag Ihrer Versicherung informieren wir Sie, dass Sie all die verordneten Therapien und Schulungen ordnungsgemäß in Anspruch nehmen sollen und dass Ihr Verhalten den Rehabilitationserfolg nicht gefährden darf. Bedenken Sie, dass diese Rehabilitation auf Freiwilligkeit beruht und dass Sie Ihr Therapieziel nur durch Ihre aktive Mitarbeit erreichen.

Durch Ihre Unterschrift auf dieser Behandlungsordnung habe Sie die Information zur Kenntnis genommen und sind mit der Vorgehensweise einverstanden.

Ort, Datum

Name in Blockbuchstaben

Unterschrift Patient:innen