



## PHYSIOTHERAPIE AM MICHEL GMBH

Erste Brunnenstrasse 1, 20459 Hamburg | Telefon: 040 413623-0 | Fax: 040 413623-518

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zwischen der Physiotherapie Am Michel GmbH und Patientin/ Patient

**Name:**

**Anschrift:**

**Geburtsdatum:**

Ich wurde von der Physiotherapeutin Frau \_\_\_\_\_ beim ersten Termin über die notwendigen Untersuchungen im Rahmen dieser Therapiemethode informiert. Mir ist bekannt und bewusst, dass eine manuelle Untersuchung der Beckenbodenregion (besonders Muskulatur) auf vaginalem und/ oder rektalem Wege durchgeführt wird und Teil der Behandlung ist. Außerdem wurde ich darüber informiert, dass ein so genannter perinealer Ultraschall (Scheideneingangsbereich) und ein Bauchwand-Ultraschall zum Einsatz kommen.

Meine Physiotherapeutin, hat mich auch darüber aufgeklärt, dass in Deutschland diese Art der Untersuchung und Behandlung durch Physiotherapeuten nicht in die allgemeine Berufsausbildung integriert ist. Deshalb ist sie auch nicht explizit in der Berufsordnung für Physiotherapeuten aufgeführt, wird aber von spezialisierten Therapeuten erlernt und durchgeführt. Mir ist bewusst, dass Frau \_\_\_\_\_ die Inhalte dieser Therapieform und die speziellen Untersuchungs- und Behandlungstechniken erlernt hat.

Ich bin über die Manuelle Untersuchung / Behandlung und über die Ultraschalluntersuchung informiert und stimme der Untersuchung und Behandlung durch Frau \_\_\_\_\_ zu.

**Datum:**

**Unterschrift:**

**Bankverbindung:**

Hamburger Sparkasse  
BLZ 200 505 50  
Konto-Nr. 1002180014  
BIC HASPDEHHXXX  
IBAN DE41200505501002180014

**Finanzamt:**

Steuer-Nr. 48/745/03865  
Institutskennzeichen:  
440207679

**Physiotherapie Am Michel GmbH**

Registergericht: Hamburg  
HRB-Nr.: 85515  
Geschäftsführung:  
Frank Kammeier