

# Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patient\*innen,  
um Ihnen eine optimale Anleitung zur Bewusstmachung, Koordinations- und Kraftverbesserung Ihres Beckenbodens vermitteln zu können, ist es im Rahmen des Krankengymnastischen Behandlungsprogramms Ihres Beckenbodenproblems erforderlich, dass Ihr\*e Therapeut\*in vaginale und/oder rektale Untersuchungen durchführt, eventuell inklusive apparativer Verfahren. Nur auf diese Weise ist auch eine Kontrolle einer erfolgreichen Umsetzung der Trainingsanweisung möglich.

Zur juristischen Absicherung des Therapeut\*in bitten wir Sie um Ihre schriftliche Zustimmung. Bestätigung nach dem Aufklärungsgespräch.

Frau/Herr \_\_\_\_\_ hat mich in einem persönlichen Gespräch aufgeklärt.

- ich habe alle erforderlichen Informationen über die vaginale/rektale Untersuchung erhalten.
- ich möchte freiwillig an der Untersuchung teilnehmen.
- ich kann jederzeit die Untersuchung abbrechen
- Ich bin mit eventuell apparativen Untersuchungen einverstanden
- die Geräte und Ihre Anwendung wurden mir gezeigt
- ich habe keine weiteren Fragen

Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_

Patient\*in: \_\_\_\_\_