

Anmeldebogen

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Wohnort	Tel. privat
Tel. beruflich	Mobil-Nummer	E-Mail-Adresse

Versichertenstatus: gesetzlich privat Beihilfe

Name der Krankenversicherung	Hausarzt / Facharzt
------------------------------	---------------------

Zuzahlung / Kostenübernahme / Terminabsage:

- Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren haben – sofern Sie nicht von der Zuzahlung befreit sind – eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro/Verordnung zuzüglich 10 % des Rezeptwertes an den Physiotherapeuten zu zahlen. Vollendet der Patient während einer Behandlungsserie sein 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10 % Zuzahlung zu leisten. Wir handeln diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse.
- Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle zu klären. Der Rechnungsbetrag ist unabhängig der Höhe der Erstattung Ihrer Krankenkasse bzw. der Beihilfestelle fristgerecht zu bezahlen.
- Mir ist bekannt, dass vereinbarte Behandlungstermine bis spätestens 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Ich habe sowohl den Patientenaufklärungsbogen als auch das Informationsblatt zum Datenschutz erhalten.

Hiermit erteile ich die Einwilligung zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten, zum Zwecke der Abrechnung, an ein privates Abrechnungszentrum.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Ort, Datum	Unterschrift Patient
------------	----------------------