

## Formulario de admisión de pacientes de fisioterapia

|                       |                       |                     |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Nombre                | Apellido              | Fecha de nacimiento |
| Código postal, ciudad | Calle, número de casa |                     |
| Teléfono / Móvil      | Correo electrónico    |                     |

### Información importante sobre el tratamiento en nuestro centro:

#### 1. Programe las nuevas citas con suficiente antelación (regla de los 28 días)

De acuerdo con las directrices sobre servicios terapéuticos, la terapia debe iniciarse en un plazo de 28 días a partir de la fecha de emisión de la prescripción. Asimismo, las sesiones de tratamiento posteriores deben realizarse dentro de un periodo de 12 semanas; de lo contrario, la prescripción pierde su validez y el tratamiento debe interrumpirse.

**Si la prescripción del tratamiento no fuera válida al inicio de la serie de sesiones, le facturaremos de forma privada la(s) cita(s).**

#### 2. Pago del copago en la primera cita

Por favor, abone el copago requerido según la Sección 43b del Libro V del Código Social (SGB V) en su primera cita. Si el importe del copago resultara ser menor (por ejemplo, debido a la interrupción del tratamiento o a una terapia no recibida), usted tiene derecho a un reembolso. Si está exento del pago de copagos, le rogamos que presente su certificado de exención en la recepción sin necesidad de que se lo soliciten.

#### 3. ¿No podrá asistir? Por favor, cancele su cita; de lo contrario, se le cobrará el importe correspondiente.

Le rogamos que cancele las citas por teléfono con **al menos 24 horas de antelación llamando al 030 65 01 58 10**; disponemos de contestador automático. **Facturaremos las citas que no se cancelen a tiempo** (cobrando el importe que habría cubierto su seguro médico). Las cancelaciones por nuestra parte se comunicarán por teléfono o, en casos excepcionales, por correo electrónico; le rogamos que revise su bandeja de entrada.

#### 4. Importante: Firme cada tratamiento

El seguro médico obligatorio no cubre el coste de las sesiones de tratamiento que no hayan sido firmadas. Estamos obligados a facturarle de forma privada dichas sesiones. Por ello, ¡asegúrese de confirmar cada tratamiento con su firma!

#### 5. Protección de datos

El cliente/paciente consiente el almacenamiento, la modificación y la eliminación de sus datos personales. Los datos están protegidos contra el uso no autorizado de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD). Puede consultar nuestra política de privacidad completa en <http://www.physiotherapie-in-koepenick.de/Datenschutz> o en el aviso expuesto junto a nuestra recepción.

**He leído y comprendido la información y, por la presente, acepto los términos relativos a las tarifas de recetas, la cancelación oportuna de citas, etc.**

|       |                    |
|-------|--------------------|
| Fecha | Firma del paciente |
|-------|--------------------|



PHYSIOTHERAPIE  
IN KÖPENICK