

نموذج التسجيل لمرضى العلاج الطبيعي

الاسم الأول / اللقب:	تاريخ الميلاد:
العنوان:	الهاتف / الهاتف المحمول:
البريد الإلكتروني:	

معلومات مهمة حول العلاج في عيادتنا

- 1. تحديد المواعيد والمواعيد الجديدة في الوقت المناسب (قاعدة الـ 28 يوماً)**
وفقاً لإرشادات الوصفات الطبية، يجب بدء العلاج في غضون 28 يوماً من تاريخ إصدار الوصفة الطبية. كما يجب أن تتم الجلسات العلاجية التالية في غضون 12 أسبوعاً، وإلا تفقد صلاحيتها ويجب إيقاف العلاج حالة عدم صلاحية الوصفة الطبية في بداية سلسلة العلاج، سنقوم بفوترة الموعد (المواعيد) بشكل خاص.
- 2. يجب دفع رسوم الوصفة الطبية في الموعد الأول**
يرجى دفع المبلغ الإضافي وفقاً للمادة 61 من القانون الاجتماعي الألماني (SGB V) في الموعد الأول. وإذا كان المبلغ الإضافي أقل، على سبيل المثال بسبب توقف العلاج أو عدم تلقيه، فإنك تستحق استرداد الفرق. وإذا كنت معفى من دفع المبلغ الإضافي، فيرجى إبراز بطاقة الإعفاء الخاصة بك في مكتب الاستقبال دون أن يطلب منك ذلك.
- 3. تعذر الحضور؟ يرجى إلغاء الموعد، وإلا فستعين عليكم دفع تكلفته**
يرجى إلغاء المواعيد عبر الهاتف على الرقم 030/65015810 قبل 24 ساعة على الأقل، حيث يتوفر جهاز الرد الآلي. أما المواعيد التي لم يتم إلغاؤها في الوقت المحدد، فسنقوم بفوترة تكلفتها بمبلغ يعادل التغطية التي لم يتم دفعها من قبل شركة التأمين الصحي. يتم إلغاء المواعيد من جانبنا عبر الهاتف، وفي حالات استثنائية عبر البريد الإلكتروني أيضاً، لذا يرجى مراجعة صندوق بريدك الإلكتروني.
- 4. هام: التوقيع على كل جلسة علاج**
لا تغطي التأمين الصحي الحكومي تكاليف جلسات العلاج التي لم يتم التوقيع عليها. وعلينا أن نحاسبكم على هذه الجلسات بشكل خاص. لذا، يرجى الحرص على تأكيد كل جلسة علاج بتوقيعكم.
- 5. حماية البيانات**
يوافق العميل / المريض على تخزين بياناته الشخصية وتعديلها وحذفها. وتتم حماية هذه البيانات من الاستخدام غير المصرح به وفقاً للائحة العامة لحماية البيانات (GDPR). يمكنكم الاطلاع على سياسة الخصوصية الكاملة الخاصة بنا على الموقع الإلكتروني: <http://www.physiotherapie-in-koepenick.de>
لقد قرأت هذه المعلومات وفهمتها، وأوافق بموجب هذا على الشروط المتعلقة برسوم الوصفة الطبية وإلغاء المواعيد في الوقت المناسب وما إلى ذلك.

التاريخ:	توقيع المريض:
----------	---------------

