

Aufnahmeformular für Patienten der Physiotherapie

Vorname

Name

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefon / Mobil

E-Mail

Wichtige Informationen zur Behandlung in unserer Praxis:

1. Rezeptgebühr zahlbar zum 1. Termin

Bitte bezahlen Sie die Zuzahlung gemäß § 43b SGB V zum ersten Termin. Sollte die Zuzahlung (z.B. durch eine abgebrochene Behandlung / nicht erhaltende Therapie) niedriger ausfallen, haben Sie Anspruch auf Erstattung. Sollten Sie von der Zuzahlungspflicht befreit sein, zeigen Sie Ihren Befreiungsausweis bitte unaufgefordert an der Rezeption vor.

2. Rechtzeitig neue Termine machen (28-Tage-Regel)

Laut Heilmittelkatalog muss die Therapie innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung beginnen. Auch die nächste Behandlung muss immer innerhalb von 14 Tagen erfolgen, sonst verliert das Rezept seine Gültigkeit und muss abgebrochen werden.

3. Verhindert? Termin bitte absagen, sonst müssen Sie ihn bezahlen

Terminabsagen bitte spätestens 24 Stunden vorher telefonisch unter 030 65 01 58 10 – ein AB ist geschaltet. Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt werden, stellen wir Ihnen in Rechnung (in Höhe der entfallenen Kostenübernahme der Krankenkasse). Terminabsagen unsererseits erfolgen telefonisch, in Ausnahmefällen auch per E-Mail. Bitte überprüfen Sie deshalb Ihr Postfach.

4. Wichtig: Zu jeder Behandlung unterschreiben

Die Kosten für nicht unterschriebene Behandlungstermine werden von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen. Solche Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Bitte achten Sie deshalb selbst darauf, jede Behandlung mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen!

5. Datenschutz

Der Kunde / Patient erklärt sich einverstanden, dass seine personenbezogenen Daten gespeichert, verändert und gelöscht werden. Die Daten sind gemäß DatenschutzGrundverordnung DSGVO gegen Verwendung geschützt. Unsere vollständige Datenschutzerklärung finden Sie unter <http://www.physiotherapie-in-koepenick.de/Datenschutz> oder per Aushang neben unserem Tresen!

Ich habe die Information gelesen und verstanden und stimme den Vereinbarungen hiermit zu.

Datum

Unterschrift des Patienten

