

Anmeldung

Name:

Telefon Privat:

Vorname:

Telefon Mobil:

Geburtsdatum:

weitere Telefonnr.:

Straße, Hausnr:

E-Mail:

PLZ Wohnort:

Krankenkasse:

behandelnder Arzt:

Versicherungsstatus:

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Private Leistung

Zuzahlungsbefreit

Beihilfe versichert

- Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind und dass nicht wahrgenommene Termine an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher – telefonisch oder persönlich (keine SMS und/oder E-Mail) – abgesagt werden müssen.
- Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir gemäß § 615 BGB entsprechend dem jeweiligen Bruttobetrag Ihrer jeweiligen Behandlung privat in Rechnung gestellt. Meine Krankenkasse übernimmt diese Kosten nicht.
- Gesetzliche Zuzahlung gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum ersten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

Aufklärung:

Die Mitarbeiter der Physiotherapie Wolff, Südstraße 27, 53757 Sankt Augustin, haben mich zu Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung, und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnosen und die Therapie aufgeklärt. Ich willige in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

X _____
Unterschrift des Patienten/der Patientin oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

X _____
Unterschrift des Patienten/der Patientin oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin