

Anmeldung Physiotherapie

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.



Persönliche Daten des Patienten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße , Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat

Telefon mobil

Telefon dienstlich

E-Mail

Bei Patienten unter 18 Jahren:

Name, Vorname

des Erziehungsberechtigten

Mein Kind (mindestens 7 Jahre alt, Name und Vorname s.o.) darf für den Erhalt von
therapeutischen Leistungen unterschreiben. ja

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja

**Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die
Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit ihrer privaten
Krankenversicherung / Beihilfestelle zu klären.**

**Leistungen im Bereich Physiotherapie werden nach der aushängenden
Preisliste berechnet.**

**Es gilt die unter www.physiohoch.de einzusehende AGB, dort finden Sie auch
weitere Informationen.**

Absage von vereinbarten Terminen

Danke, dass Sie mit Ihrer Verordnung Ihr Vertrauen in die Praxis PHYSIOHOCH legen.

Zwischen Ihnen als Patient und der Praxis PHYSIOHOCH besteht ein Behandlungsvertrag. In diesem wird u. a. geregelt, dass die vereinbarten Termine rechtzeitig abgesagt werden müssen, sofern Sie als Patient verhindert sind. Rechtzeitig heißt mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin.

Kurzfristige Absagen und Nicht-Erscheinen zu einem vereinbarten Termin führen zu einem Umsatzausfall.

Leider ist es rechtlich völlig unerheblich, aus welchem Grund Sie den Termin kurzfristig absagen.

Viele Patienten möchten uns entgegenkommen und für diese nicht wahrgenommenen Termine trotzdem eine Unterschrift leisten.

Das ist rechtswidrig!

Für den Fall einer nicht rechtzeitigen Terminabsage wird deshalb Ausfallgebühr fällig.

Die Höhe der Ausfallgebühr errechnet sich aus dem Wert Ihres Termins plus einer Verwaltungspauschale von 20,00 €.

Um Ihnen die Möglichkeit einer rechtzeitigen Terminabsage zu geben, ist unser Anrufbeantworter Tag und Nacht geschaltet -auch am Wochenende-, außerdem können Sie uns gerne auch eine Mail an unsere Mailadresse **verwaltung@physiohoch.de** senden.

Gesetzliche Zuzahlungspflicht für GKV-Patienten

Im §8 des Rahmenvertrags für Physiotherapeuten nach §125 Abs. 1 SGB V ist geregelt, dass die gesamte Zuzahlung am Tag der ersten Behandlung fällig ist.

Wir freuen uns auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit und stehen selbstverständlich für Ihre Fragen zur Verfügung.

Ich habe den Hinweis zur Terminabsage und der Zuzahlungspflicht gelesen und verstanden.

Datum

Unterschrift (evtl. des Erziehungsberechtigten)



Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeuten ebenso wie Ärzte zur Aufklärung ihrer Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen nach. Er dient zu Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

Information durch den behandelnden Arzt:

Hat der **verordnende Arzt** Sie über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert?

ja nein

Vorerkrankungen:

Liegen bei Ihnen/Ihrem Kind/Ihrem Angehörigen Vorerkrankungen vor? (z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankungen, Bluthochdruck, Allergie etc.)

Therapiemaßnahme:

Grundlage für die vorgesehene Behandlung ist die entsprechende ärztliche Verordnung.

Mögliche Komplikationen:

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkung. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Therapeuten.

Behandlungsunterbrechung:

Bei einer Behandlungsserie darf die Behandlung selbst in der Regel für längstens 14 Tage unterbrochen werden.

Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.
Ich werde darüber hinaus vom Therapeuten persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und kann im Aufklärungsgespräch im Rahmen der ersten Behandlungseinheit alle mich interessierenden Fragen klären.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich als GKV-Patient über die gesetzlich festgelegte Kostenübernahme hinaus einen Eigenanteil pro Verordnung zu bezahlen habe.

Ich willige in die oben vermerkte Behandlung ein.

Limburgerhof, den

Ort, Datum

Unterschrift (evtl. des Erziehungsberechtigten)

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre persönlichen Daten entsprechend den mit heutigem Datum gültigen Richtlinien des Datenschutzes gespeichert werden, sofern sie für die Behandlung und Praxisverwaltung notwendig sind. Hinweise dazu unter www.physiohoch.de.