Anmeldung | Behandlung | Abrechnung

Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name

Vorname | Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Wohnort

Krankenkasse | Hausarzt

Versicherter

☐ Mitglied ☐ Angehöriger ☐ Rentner

Zuzahlungen: ☐ nicht befreit ☐ befreit

Zur Erleichterung eventueller Terminabsprachen bitten wir Sie folgende Kontaktdaten einzutragen:

Telefon privat | Telefon dienstlich

Telefon mobil | Mail

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?

☐ ja ☐ nein wenn ja wann?

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Datum | Unterschrift des Patienten

Datum | Name des gesetzlichen Vertreters | Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Einverständniserklärung
Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Therapiedokumentation Bilder (Fotos und/oder Videos) angefertigt und bis zum Abschluss der Therapie in meiner Patientenakte gespeichert werden. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich.

Datum | Unterschrift des Patienten | gesetzlichen Vertreters*

*nicht zutreffendes bitte streichen

© 2002 therafundo powered by buchner · www.therafundo.de

255657 200501 Best.-Nr. 781282

ID-Nr. 01109VER011/03/25/wu

Ausfallrechnung

Praxis für Physiotherapie Neujahr & Glockemann
Physiotherapeutin Heilpraktikerin Physiotherapeutin
Therapie mit Herz, Profession & Leidenschaft

Patient/in:

Mir ist bekannt, dass die vereinbarten Termine in der als Bestellpraxis geführten Physiotherapie Neujahr/Glockemann ausschließlich für mich reserviert werden. Aus organisatorischen Gründen ist es notwendig, dass ich für den Fall einer Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem Termin absage. Somit besteht für die Praxis noch die Möglichkeit „Ersatzpatienten" einzubestellen.
Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig (spätestens 4 Stunden vor Termin) absagen, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die jeweilige Therapievergütung in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum und Unterschrift Patient/in