

# Houben Kemperink

## Therapiezentrum

### Aufnahmebogen zur Physiotherapeutischen / Osteopathischen Behandlung

#### Herzlich willkommen!

Liebe Patienten,  
durch verschiedene gesetzliche Regelungen sind wir verpflichtet, Sie auf einige Punkte hinzuweisen.  
Falls Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben, sprechen Sie uns bitte an.

#### Meine Daten

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße & Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl & Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (Mobilnummer)

\_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz)

\_\_\_\_\_  
Telefon (Beruflich)

#### Das sollten Sie wissen!

**Prüfung der Heilmittelverordnung:** Heilmittelverordnungen der gesetzlichen Krankenkassen müssen vor Beginn der Behandlung von uns auf Korrektheit überprüft werden. Wenn die Verordnung vom Arzt nicht korrekt ausgefüllt wurde, bekommen wir als Praxis keine Kostenerstattung.

**Zuzahlung:** Bei Heilmittelverordnungen der gesetzlichen Krankenkassen ist pro Verordnung eine Rezeptgebühr in der Praxis zu entrichten. Wir bitten um Zahlung der Gebühr direkt bei der ersten Behandlung. Wenn Sie zuzahlungsbefreit sind, entfällt die Verordnungsgebühr für Sie. Bitte legen Sie hierfür Ihren Befreiungsausweis vor.

Bewahren Sie die Quittung für ihre Krankenkasse bzw. als Nachweis für Ihre Steuern auf.

#### Für Kassenpatienten

Ich bin von der Zuzahlung befreit  
(Bitte Befreiungsausweis vorlegen)

Ich bin nicht von der Zuzahlung befreit

→ bitte wenden

Bei Verordnungen von **Privat-Patienten (Voll-Privat/ohne Beihilfe)** kann es sein, dass Ihre Erstattungsstelle unsere Leistungen, je nach Ihrem Versicherungsvertrag, nicht in voller Höhe erstattet. Unsere Behandlungspreise finden Sie im Aushang in der Praxis vor. Die Angebote sind auch als Gutschein erhältlich.

Bitte haben Sie Verständnis, dass unser Rechnungsbetrag an Sie, unabhängig vom Erstattungszeitpunkt Ihrer Erstattungsstelle, zum Zahlungsziel unserer Rechnung fällig ist.

### Für Privatpatienten

Ich bin Beihilfe-berechtigt  
 Bund       Land

Ich bin nicht Beihilfe-berechtigt  
 (Vollprivat)

**Praxisablauf:** Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein großes Handtuch mit und Ihren Terminzettel, um darauf weitere Termine zu notieren. Schalten Sie in der Praxis Ihr Handy auf lautlos und legen Sie Ihren Schmuck ab. Tragen Sie bitte aus hygienischen Gründen zur Behandlung keine Schuhe auf der Liege. Aus Sicherheitsgründen ist von der Bedienung der Therapieliegen abzusehen.

Weitere Informationen zum Praxisablauf finden Sie in unserem Flyer „Praxishinweise“.

**Behandlungstermine**, die Sie nicht wahrnehmen können, sind bis zu **24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin ausschließlich telefonisch oder vor Ort abzusagen (bitte nicht per E-Mail).

Versäumte oder zu kurzfristig abgesagte Termine werden wir Ihnen in Rechnung stellen. (Preisliste hängt in der Praxis aus).

#### **Kiefergelenk Behandlung (CMD), bitte nur ausfüllen mit entsprechender Heilmittelverordnung**

Für eine eventuelle intra-orale Verletzung (Beschädigung von Zähnen oder Zahnersatz) übernehmen wir (Therapeut sowie Therapiezentrum) keine Haftung.

Hiermit stimme ich der Untersuchung und Behandlung intra-oral (im Mund) bis auf Widerruf zu.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient

#### **Datenschutz:**

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. H DSGVO und nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse. Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen. Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen.

Ergänzende Informationen zum Datenschutz finden Sie im Aushang in unserer Praxis.

Hiermit **bestätige** ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten und habe die Informationen (Aufklärung zur Physiotherapeutischen / Osteopathischen Behandlung) zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift