

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)

Emailadresse

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.

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).

Für Kassenpatienten

Ich bin von der Zuzahlung befreit
(Bitte Befreiungsausweis vorlegen)

Ich bin nicht von der Zuzahlung befreit

Für CMD Patienten

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

Für Privatpatienten (nicht für osteopathische Verordnungen)

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.

Pro Behandlung wird eine Hygienepauschale von 1,50 Euro in Rechnung gebracht.

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.

Bitte kreuzen Sie an:

Ich bin Beihilfe-berechtigt
 Bund Land

Ich bin nicht Beihilfe-berechtigt
(Vollprivat)

Für Osteopathie Patienten

Einige gesetzliche Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten einer Osteopathischen Behandlung.

Bitte erkundigen Sie sich vor Ihrer Behandlung bei uns, ob Ihre Krankenkasse die Kosten für die osteopathische Behandlung übernimmt.

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