

Anmeldebogen

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Beruf:
Straße / Nr:	Tel. privat:
PLZ / Ort:	Tel. mobil:
E-Mail:	

Krankenversicherung: gesetzlich privat
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Versicherungsname:

Ich bin von der Zuzahlung befreit: Ja Nein
(Zutreffendes bitte ankreuzen; Befreiung wurde vorgelegt)

Sofern Sie gemäß ärztlicher Verordnung nicht von der Zuzahlung befreit sind, sind Leistungen der Physiotherapie mit 10 % zuzahlungspflichtig.

Ebenfalls fällt eine Gebühr von 10 Euro pro Rezept an.

Diese Beträge werden mit der ersten Behandlung fällig.

Hiermit nehme ich das in der Praxis geltende Honorar für physiotherapeutische sowie präventive Leistungen zur Kenntnis und stimme ihnen zu.

Mir ist bekannt, dass, sofern ich einen Termin nicht einhalten kann, diesen spätestens 24 Std vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine **privat mit 15,00€ je angefangene 20 min in Rechnung gestellt werden.**

In unserer Praxis werden die Patientendaten zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert und zur Abrechnung an unser Abrechnungszentrum Optica gesendet.

Datum

Unterschrift