

Anmeldung zur Behandlung



Sehr geehrte(r) Patient(in),

dieses Formular stellt einen Behandlungsvertrag dar.

Füllen Sie diesen bitte aus, damit wir – **die Praxis für Physiotherapie Ralf Kinzel, Starkenburger Str. 23, 64560 Riedstadt** – unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Str./Nr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Mobiltelefon _____ Weitere Telefonnr. _____

Krankenkasse/Ort _____ Gesetzlich versichert Beihilfe Private Leistung
 Privatversichert Zuzahlungsfreiheit Heilpraktiker Leistung

Zahlung: Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Behandlungs- und Rechnungskonditionen sowie die Behandlungspreise gemäß Preisaushang an.

Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen **mindestens 24 Stunden vorher** – telefonisch oder persönlich (keine SMS und/oder E-Mail) – abgesagt werden müssen.

Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind.

Bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen werden mir gemäß § 615 BGB die anfallenden Behandlungskosten je Termin privat mit in Rechnung gestellt. Meine Krankenkasse zahlt diese Ausfallkosten nicht.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

Ich werde meine Zahlungen fristgerecht leisten. Da ich Dienstleistungen vorab in Anspruch nehme, können nicht fristgerecht geleistete Zahlungen kostenpflichtig angemahnt werden. Entstehende Zusatzkosten durch Bearbeitungs- und/oder Mahngebühren sind von mir zu zahlen und können, wie auch der Rechnungsbetrag, rechtlich eingefordert werden.

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters



Schweigepflichtsentbindung: Hiermit stimme ich zu, dass gegenüber dem behandelnden Arzt Informationen aufgrund der Therapie weitergegeben werden dürfen. Mit Familienangehörigen darf zwecks Terminorganisation und – absprachen kommuniziert werden.

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Datenerfassung, -speicherung und -weitergabe: Meine persönlichen Daten, Rezept-Informationen und Termine dürfen von der Praxis erfasst, gespeichert und zur Patientenverwaltung verarbeitet werden.

An externe Abrechnungsstellen und Krankenkassen dürfen die Daten ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnungen und Krankenbehandlungen weitergegeben werden.

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Haftung: Die Haftung der **Praxis für Physiotherapie Ralf Kinzel, Starkenburger Str. 23, 64560 Riedstadt** für Personen-, Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung – auch in Bezug auf Mitarbeiter – für Vorsatz.

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Aufklärung: Die Mitarbeiter der **Praxis für Physiotherapie Ralf Kinzel, Starkenburger Str. 23, 64560 Riedstadt** haben mich zudem ins besondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten in Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

Wir freuen uns, Sie behandeln zu dürfen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.