

Anmeldung für Patienten mit Rezepten (ReHarmonie)

Name, Vorname:

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Geburtstag:

Straße, Hausnummer:

Wohnort/PLZ:

Telefon privat:

Telefon dienstlich:

Telefon mobil:

Fax/E-Mail:

Wenn Sie **gesetzlich versichert** sind, brauchen wir von Ihnen folgende Angaben:

Name der Krankenkasse:

Hauptversicherter:

Zuzahlungsbefreit: ja ☐, nein ☐

Sollten Sie zuzahlungsbefreit sein, geben Sie bitte Ihren Befreiungsausweis zum Kopieren an der Rezeption ab.

Wenn Sie **privat versichert** sind, brauchen wir von Ihnen folgende Angaben:

Name der privaten Kasse:

Hauptversicherter:

Beihilfeberechtigt: ja ☐, nein ☐

Die Rechnung ist nach unseren Bedingungen fällig, unabhängig vom Erstattungszeitpunkt der Beihilfe.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,

nach dem Patientenrechtegesetz sind Physiotherapeut*innen zur Aufklärung ihrer Patientinnen und Patienten verpflichtet. Dieser Pflicht kommen wir mit diesem Aufklärungsbogen nach. Er dient Ihrer Information. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch, beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

Information durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Wurden Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert?

Ja ☐ Nein ☐

Vorerkrankungen

Liegen bei Ihnen / Ihrem Kind / Angehörigen Vorerkrankungen vor? (z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankungen, Bluthochdruck, Allergie etc.)

Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, welche? _____

Mögliche Komplikationen

In der Regel treten während und nach physiotherapeutischen und osteopathischen Maßnahmen keine Nebenwirkungen auf. Sollten bei Ihnen dennoch außergewöhnliche Symptome auftreten, informieren Sie bitte umgehend oder spätestens in der Folgebehandlung Ihre Therapeutin.

Ausfallgebühr

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden (Schriftlich/Mail/Fax/SMS/Telefon). Andernfalls stellen wir Ihnen die Kosten in Höhe des Krankenkassensatzes pro Behandlungseinheit (20 Minuten) für den uns entstandenen Schaden privat in Rechnung. Für den Fall, dass Ihre Krankenkasse die Kosten der Behandlungen nicht oder nur teilweise bezahlt, verpflichten Sie sich zur Begleichung der angefallenen Kosten.

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich von der ausführenden Therapeutin persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Datenschutzinformationen und AGBs liegen in der Praxis aus und können auf Wunsch dem Patienten ausgehändigt werden.

- ☐ Ich stimme der Behandlung zu.
- ☐ Ich stimme der Datenschutzerklärung zu.

Datum_____

Unterschrift_____