

Anmeldeformular - Patientenneuaufnahme

Physiotherapiepraxis PhysioAktiv
Dieker Straße 60, 42781 Haan
Tel.: 02129 / 3684442

Patientendaten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon (privat) _____

Telefon (mobil) _____

E-Mail-Adresse _____

Art der Versicherung

☐ gesetzlich versichert

☐ privat versichert

☐ Selbstzahler

Wichtige Hinweise

1. Terminstornierung

Termine müssen mindestens **24 Stunden im Voraus** abgesagt werden. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden privat in Rechnung gestellt.

2. Foto-Dokumentation:

Zur besseren therapeutischen Dokumentation können **Fotoaufnahmen** gemacht werden. Ich bin damit einverstanden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ ja

☐ nein

3. Zuzahlung bei gesetzlich Versicherten:

Bitte beachten Sie, dass bei gesetzlich Versicherten gemäß § 32 SGB V eine **gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung** für Heilmittelverordnungen zu leisten ist. Diese beträgt aktuell **10,- EUR Verordnungsgebühr zuzüglich 10% des Rezeptwertes** pro Rezept.

Die Zuzahlung ist zu Beginn der Behandlung fällig und kann in bar oder per EC-Karte bezahlt werden. Sollten Sie von der gesetzlichen Zuzahlungspflicht befreit sein, legen Sie uns bitte einen gültigen **Befreiungsausweis** vor. Vielen Dank.

4. Weitere Hinweise

Bringen Sie zu jeder Behandlung ein frisches, großes Handtuch zum Abdecken der Therapieliege mit.

Verhalten Sie sich stets respektvoll gegenüber allen Praxismitarbeitern und anderen Patient:innen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte Name in Druckschrift eintragen