

Anmeldung zur Osteopathie

Name: _____

Vorname: _____

Telefon Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon Privat: _____

Straße, Hausnr.: _____

Krankenkasse: _____

PLZ Wohnort: _____

behandelnder Arzt: _____

Versicherungsstatus:

Gesetzlich versichert
private Leistung

privat versichert
zuzahlungsbefreit

Beihilfe versichert

Zahlung und Terminabsagen: Kann ich einen Termin nicht wahrnehmen, muss ich an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder persönlich (keine SMS/ keine E-Mail) absagen. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind.

Sage ich einen Termin nicht wie oben beschrieben rechtzeitig ab, bin ich damit einverstanden, dass mir der jeweilige Bruttobetrag gemäß § 651 BGB privat in Rechnung gestellt wird. Meine Krankenkasse übernimmt diese Kosten 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.**

Haftung: Die Haftung der **Praxis für Physiotherapie Matthias Walter** für Personen-, Sach- und Vermögensschäden wird für leichte Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

X.....
(Unterschrift der Patientin/ des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters)

Datenweitergabe: Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten an externe Abrechnungsstellen und Krankenkassen, ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnungen und Krankenbehandlungen, erkläre ich mich einverstanden.

X.....
(Unterschrift der Patientin/ des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters)

Behandlungshonorar Osteopathie:
Die Kosten für eine Behandlung belaufen sich, je nach Aufwand zwischen,
70 € und 110 €

Aufklärung und Einwilligung: Die Mitarbeiter der **Osteopathie/ Physiotherapie Matthias Walter** werden/haben mich zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufklären/aufgeklärt.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

X.....
(Unterschrift der Patientin/ des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise sowie das genannte Honorar an.

X.....
(Unterschrift der Patientin/ des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters)

Vielen Dank für Ihre Mühe!