

## Anmeldung

Name: .....

Telefon Privat: .....

Vorname: .....

Telefon Mobil: .....

Geburtsdatum: .....

weitere Telefonnr.: .....

Straße, Hausnr.: .....

E-Mail: .....

PLZ Wohnort: .....

Krankenkasse: .....

behandelnder Arzt: .....

### Versicherungsstatus:

Private Leistung

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zuzahlungsbefreit

Beihilfe versichert

- Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind und dass nicht wahrgenommene Termine an Werktagen mindestens 24 Stunden vorher – telefonisch oder persönlich (keine SMS und/oder E-Mail) – abgesagt werden müssen.
- Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir gemäß § 651 BGB entsprechend dem jeweiligen Bruttobetrag Ihrer jeweiligen Behandlung privat in Rechnung gestellt. Meine Krankenkasse übernimmt diese Kosten nicht.
- Gesetzliche Zuzahlung gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe bis spätestens zum ersten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

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

**Aufklärung:** Die Mitarbeiter der Physiotherapie Wolff, Südstraße 27, 53757 Sankt Augustin, haben mich zu Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung, und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnosen und die Therapie aufgeklärt. Ich willige in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

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

### Behandlungshonorar

Für Privatpatienten/Selbstzahler: Leistung, Behandlungshonorar:

.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

**Zahlung:** Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Behandlungspreise und die Zuzahlungsgebühren der Physiotherapie Praxis Wolff an.

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

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

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