

**Anmeldeformular**

Sehr geehrte Patientinnen, wir heißen Sie herzlich Willkommen in unserer Praxis für Physiotherapie. Damit wir Sie im Notfall erreichen können, bitten wir Sie, uns Ihre Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen. Ihre Daten werden bei uns selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt.

**Hinweis!** Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie unsere Datenschutzerklärung.

**Vor- und Nachname:**.....

**Anschrift:**.....

Geburtsdatum: .....

**Telefonnummer:**..... **E-Mail:**.....

**Ihr Versicherungsstatus:**      Gesetzlich                      Privat                      Selbstzahler

**SEHR WICHTIG!**

Wir bitten Sie, uns fristgerecht **innerhalb von 24 Stunden** vor dem Termin über eine Absage zu informieren. Dies kann entweder per E-Mail oder telefonisch (Anrufbeantworter) erfolgen. So haben wir die Möglichkeit, den Termin anderweitig zu vergeben und Wartezeiten für andere Patientinnen zu vermeiden. Nicht fristgerecht abgesagte Termine werden Ihnen in Rechnung gestellt, siehe § 615 S. 1 BGB, d.h. für Physiotherapie-Rezepte berechnen wir den kassenüblichen Satz. Für Behandlungen wie Osteopathie oder andere Leistungen, die mehr als 30 Minuten betragen, 50,- €. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Gesetzlich versicherte Patientinnen ab 18 Jahren haben, sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind, eine Zuzahlung in Höhe von 10 € pro Verordnung zuzüglich 10 % des Rezeptwertes an die Praxis zu zahlen. Vollendet ein Patient während einer Behandlungsserie das 18. Lebensjahr, sind von den noch verbliebenen Behandlungen 10 % Zuzahlung zu leisten. Privatversicherten Patientinnen empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit Ihrer privaten Krankenversicherung zu klären.

Uns ist ein respektvolles Miteinander in unserer Praxis sehr wichtig. Daher möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir keinerlei Form von Diskriminierung dulden. Sollten Sie sich in irgendeiner Weise diskriminierend verhalten, behalten wir uns vor, von unserem Hausrecht Gebrauch zu machen. Wir möchten, dass sich alle bei uns wohl und sicher fühlen. Abschließend bitten wir Sie, die Informationen zur Kenntnis zu nehmen und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Bei Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung. Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit.

Leipzig, den.....Unterschrift:.....

Ihr Team von mediThera