

Kirsten Oehlert Praxis Söhngen Adam-Schwinn-Str. 12 64319 Pfungstadt Telefon 06157/2709 praxis-soehngen@gmx.de

Fax 06157/988711 www.physiotherapie-soehngen.de

## Aufnahmebogen

für \_\_\_\_\_

Guten Tag \_\_\_\_\_,

wir freuen uns, Sie (wieder) bei uns begrüßen zu dürfen. Sind Ihre bei uns gespeicherten Daten korrekt?

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn der Behandlungsserie mit unserer Praxisorganisation vertraut machen. Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift.

Sie haben die Möglichkeit, einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen.

Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen wir den Terminausfall mit dem unten aufgeführten Betrag privat in Rechnung.

KG/MT/KMT/MLD 30 32,75 Euro; Doppeltermine KG/MT 65,50 Euro;

MLD 60 80,85 Euro ; MLD 45 59,50 Euro

KG ZNS PNF/Bobath 43,25 Euro.

-Bitte beachten Sie, dass Sie zwar einen Therapieanspruch haben, jedoch keinen Anspruch auf einen bestimmten Therapeuten. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit bei einer Unterbrechung von 14 Tagen.

-Bitte kommen Sie pünktlich zu Ihren Terminen. Wir möchten, im Interesse unserer Patienten, Wartezeiten möglichst vermeiden. Wir sind deshalb darauf angewiesen, dass jede Behandlung pünktlich beginnen kann. Verloren gegangene Zeit durch Zuspätkommen wird von der Behandlungszeit abgezogen.

Sollte die Behandlungsdauer nach den Vorgaben der Leistungsbeschreibungen der Krankenkassen bzw. nach den Vorgaben der Versicherung unterschritten werden, muss die Therapie ausfallen, was wir mit unseren oben genannten Sätzen pro Behandlungseinheit privat in Rechnung stellen.

**-Einverständniserklärung zur Weitergabe von Informationen zum Zwecke der Abrechnung.**

Die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und- verläufe), können an den überweisenden Arzt, Kostenträger oder Abrechnungsfirma von uns weitergegeben werden.

Auf gute und erfolgreiche Zusammenarbeit!

Ihr Praxisteam

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_