



Moorweg 9A – 21266 Jesteburg
Tel: 04183 500 833 – E-MAIL: INFO@PHYSIO-STEIFFERT.DE

THERAPIEVEREINBARUNG

NAME, VORNAME	GEBURTSDATUM	ADRESSE
TELEFONNUMMER (MOBIL)		E-MAIL-ADRESSE

- VEREINBARE TERMINE SIND VERBINDLICH. KOMMEN SIE DAHER BITTE PÜNKTLICH UM ORGANISATORISCHE BELANGE ZU KLÄREN. DIE TERMINE BEGINNEN NUR SELTEN 5 – 10 MINUTEN SPÄTER
- IN DER ERSTBEHANDLUNG FINDET IN DER REGEL DIE BEFUNDAUFNAHME STATT. DIE PHYSIOTHERAPEUTISCHE DIAGNOSTIK DIENT ALS GRUNDLAGE FÜR DIE ALLE WEITEREN MASSNAHMEN
- DIE REGELBEHANDLUNGSZEIT FÜR EINE PHYSIOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG BETRÄGT BEI UNS ETWA 20 MINUTEN - DER GESETZGEBER VERGÜTET NUR 15 MINUTEN
- BRINGEN SIE BITTE AUS HYGIENISCHEN GRÜNDEN EIN GROSSES LAKEN ODER EIN BADEHANDTUCH MIT ZUR BEHANDLUNG
- WIR BITTEN SIE TERMINABSAGEN SPÄTESTENS 24H VOR DEM BEHANDLUNGSBEGINN VORZUNEHMEN. ZU SPÄT ABGESAGTE TERMINE STELLEN WIR IHNEN PRIVAT IN RECHNUNG. DER RECHNUNGSBETRAG ERGIBT SICH AUS DEM TARIF, DIE IHRE KRANKENKASSE FÜR DIE BEHANDLUNG ERSTATTET
- TERMINABSAGEN NEHMEN SIE BITTE MÖGLICH AN DER **ANMELDUNG, TELEFONISCH** UNTER O.G. TELEFONNUMMER **ODER PER E-MAIL** VOR. UNSER ANRUFBEANTWORTER UND DIE E-MAIL ADRESSE SIND STÄNDIG GESCHALTET
- BEI SELBSTZAHLERLEISTUNGEN STELLEN WIR IHNEN UNSEREN TARIF IN RECHNUNG. DER TARIF IST UNABHÄNGIG VON DER PREISGESTALTUNG DER KRANKENKASSE. SELBSTVERSTÄNDLICH WIRD IHNEN DER TARIF IM VORFELD MITGETEILT
- GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN AB 18 JAHREN, ENTRICHTEN DIE GESETZLICHE ZUZAHLUNG BITTE ZU BEGINN DER BEHANDLUNGSSERIE. AUSNAHME: DIAGNOSTIK AUF GRUND EINER SCHWANGERSCHAFT; BEFREIUNGSKARTE DURCH DIE KRANKENKASSE LIEGT VOR
- IN RECHNUNG GESTELLTE LEISTUNGEN SIND IM RAHMEN DER AUF DER RECHNUNG GESTELLTEN FRIST ZU BEGLEICHEN
- MEINE E-MAIL ADRESSE DARF ZUM PERSÖNLICHEN AUSTAUSCH MIT DER PRAXIS GENUTZT WERDEN (U.A. ZUR TERMINERINNERUNG)
- DEM SCHRIFTLICHEN AUSTAUSCH (BEFUND/ BERICHTE) PER FAX UND MAIL AN DIE BETEILIGTEN ÄRZTE UND THERAPEUTEN STIMME ICH GEMÄß DER DATENSCHUTZVERORDNUNG (DS-GVO) ZU
- ICH BIN GESETZLICH VERSICHERT/ PRIVAT VERSICHERT/ BEIHILFEBERECHTIGT.
(ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

JESTEBURG, DEN _____

UNTERSCHRIFT PATIENT

UNTERSCHRIFT PRAXIS