



Anmeldung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Telefon privat:

Telefon dienstlich:

Telefon mobil:

Fax/E-Mail:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Versicherter:

- ☐ Mitglied ☐ Angehöriger ☐ Rentner
☐ Kind ☐ Gesetzlicher Betreuer

- Zuzahlungen: ☐ nicht befreit ☐ befreit
Beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?

- ☐ ja ☐ nein

Therapiezeiten:
an welchen Tagen oder Uhrzeiten ist es Ihnen möglich?

Montag:

Dienstag:

Mittwoch:

Donnerstag:

Freitag:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Welche Therapieform haben Sie verordnet bekommen:

- ☐ Krankengymnastik ZNS ☐ Elektrotherapie / Elektrostimulation ☐ KG Schroth-Therapie
☐ Krankengymnastik nach Bobath ☐ Krankengymnastik nach Vojta ☐ KG am Gerät
☐ Ergotherapie Robotik / Gangtraining

Datum:

Unterschrift Patient*in:





Christine Winter
Zentrum für Physiotherapie

Zusatzvereinbarung

Zwischen **Zentrum für Physiotherapie Christine Winter, Vogesenstr. 75, 76461 Muggensturm** und:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Versicherungsträger:

(nachfolgend **Patient*in**) wird folgende Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag geschlossen:

1. Wir sind eine Bestellpraxis. Behandlungstermine werden langfristig geplant, um einen reibungslosen Ablauf in der Praxis zu gewährleisten und längere Wartezeiten für Patient*innen zu vermeiden.
2. Zur Vermeidung von Leerläufen ist es daher erforderlich, dass Behandlungstermine, die nicht wahrgenommen werden, frühzeitig abgesagt werden und anderen Patient*innen zur Verfügung gestellt werden.
3. Die Praxis und der/die Patient*in sind sich darüber einig, dass ein vereinbarter Behandlungstermin, der nicht wahrgenommen werden kann, **mindestens 48 Stunden vor dem Behandlungstermin** abgesagt werden muss (WhatsApp, E-Mail oder telefonisch), damit der Termin für andere Patient*innen neu vergeben werden kann.
4. Bei nicht rechtzeitiger bzw. unterbliebener Absage des Behandlungstermins vereinbaren die Praxis und der/die Patient*in für den ausgefallenen Behandlungstermin **eine Ausfallgebühr in Höhe von 70% des Behandlungswertes**.
5. Ausfallgebühren werden von Krankenversicherungen üblicherweise nicht erstattet.
6. Der Nachweis darüber, dass kein oder nur ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden sei, bleibt hiervon ebenso unberührt wie der Nachweis eines höheren Schadens durch die Praxis.

Ich (Patient*in) bestätige, den Inhalt dieser Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben. Zudem erkläre ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich mein Einverständnis hierzu.

Ort, Datum Patient*in

Unterschrift Patient*in

Ort, Datum Christine Winter

Unterschrift Christine Winter