

Aufnahmebogen in der Physio- und Ergotherapie für Patient:

.....
Name Vorname Geburtsdatum

.....
Straße Tel.: (mobil/privat/dienstl.)

.....
Wohnort e-mail

.....
Krankenkasse: Name / Ort

.....
Beruf (freiwillige Angabe) Arbeitgeber: (freiwillige Angabe)

1. Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen.
2. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte **mindestens 24 Stunden vorher** ab oder wir müssen Ihnen den Ausfall andernfalls leider in Höhe der vereinbarten Leistung in Rechnung stellen. (§615 BGB)
3. Die für Sie verordneten Leistungen werden mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet. Zurzeit wird nach SGB eine **Pauschalgebühr** von 10,00 € pro Rezept und eine **Zuzahlung** von 10% zur Leistung erhoben, die **vor der ersten Behandlung** zu leisten ist, mit Ausnahme von Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. weiteren befreiten Personen.

Zur Kenntnisnahme:

.....
Datum/Unterschrift Patient

.....
Datum/Kürzel MA Rezeption