

Anmeldung

Nachname: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Anschrift

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Kontakt

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

Telefon mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse

Name: _____

Gesetzlich

Mitglied Angehöriger Rentner

Zuzahlungen

Nicht befreit befreit

Privat (s. auch Honorarvereinbarung)

Vollprivat beihilfeberechtigt

Hausärztin/Hausarzt (Name und Anschrift)

Zur Behandlung:

Unsere Therapeuten geben Ihnen gerne Auskunft zu Form und Verlauf, der für Sie gewählten Therapie, sowie den angestrebten Zielen.

Wir weisen darauf hin, dass es manchmal zu einer Verstärkung des Beschwerdebildes (der so genannten Erstverschlimmerung) Ihres eigentlichen Problems kommen kann, dies muss Sie nicht beängstigen. Manche Techniken sind etwas unangenehm und hinterlassen gelegentlich Spuren (blaue Flecken, Rötungen der Haut, Kopfschmerzen, Muskelkater etc.). Meist klingen die Beschwerden innerhalb von 1–2 Tagen wieder ab und gehören zum angestrebten Heilungsvorgang.

Informieren Sie uns bitte immer über die Veränderungen und den aktuellen Stand, dann können wir unsere Maßnahmen zum Erreichen des Ziels optimal anpassen.

Zur Organisation:

Ich bestätige, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss.

Außerdem bin ich darüber informiert, dass die Kosten für die entfallene Behandlung bei unentschuldig nicht wahrgenommenen oder nicht rechtzeitig abgesagten Terminen privat in Rechnung gestellt werden.

Hiermit stimme ich zu, dass ich Rechnungen als PDF-Datei über meine oben genannte E-Mail-Adresse zugeschickt bekomme.

Zum Datenschutz:

Ich willige ein, dass die Praxis meine Abrechnungsdaten an ein externes Abrechnungszentrum übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Praxis untereinander fachlichen Austausch betreiben, sowie Kontakt zu behandelnden Ärzten (telefonisch/schriftlich/persönlich) in Bezug auf meine Behandlung aufnehmen dürfen und enthebe die Praxismitarbeiter diesbezüglich der Schweigepflicht. Ebenso erlaube ich kurzzeitigen Einblick in die Praxissoftware und die damit gespeicherten Daten, sofern die Praxis einen externen IT-Dienstleister zur Behebung von EDV-Problemen hinzuziehen sollte.

Die Praxis sichert größtmöglichen Datenschutz in Bezug auf meine vertraulichen Daten zu.

Die Entbindung der Schweigepflicht ist jederzeit schriftlich widerrufbar.

Datum

Unterschrift des Patienten
