

Anmeldung

Willkommen in der dmt. Physiotherapie. Wir bitten Sie die folgende Anmeldung gründlich durchzulesen und so vollständig wie möglich auszufüllen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und werden nicht an Dritte weitergegeben.

		/	/	
Name	Vorname	Geburtsdatum		
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Ort	Gesetzlich	Privat
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Beihilfe	<input type="checkbox"/>
Telefon	Mobil	dienstlich	E-Mail	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung
 Internet
 Zeitung
 anderes, _____

Zusätzlich müssen wir Sie auf folgende Punkte hinweisen:

- Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein **Badetuch** mit (bei Fango bitte 2 Badetücher)
- Bei einer notwendigen **Absage eines Termins** informieren Sie uns bitte **mind. 24 Arbeitstagsstunden vor Terminbeginn (Mo-Fr)**, damit wir diesen anderen Patienten zur Verfügung stellen können. Bei nicht rechtzeitiger Absage müssen wir Ihnen die Höhe des entstandenen Verdienstausfalls in Rechnung stellen.
- Bei Selbstzahlern, Privat- und Beihilfeversicherten kann es bei der Rechnungserstattung, je nach Kostenträger und Versicherungstarif, zu Differenzen kommen. Es besteht eine volle Zahlungspflicht Ihrerseits, auch im Falle einer Leistungsverweigerung oder Kürzung durch die Versicherung. Hiermit wurden Sie darauf hingewiesen, dass gem. § 286 Abs. 3 BGB Verzug eintritt, wenn nicht innerhalb von 14 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung Leistung erfolgt. Ab diesem Zeitpunkt können zusätzliche Gebühren erhoben werden zu denen es keiner Mahnung bedarf.
- Mit der Unterschrift der Anmeldung ist der Patient/in damit einverstanden, dass der Behandler den die Patientin/den Patienten behandelnden Ärzten auf deren Verlangen Auskunft, insbesondere über die Diagnose und Behandlung, erteilt und ggf. Kopie der Behandlungsunterlagen ausgehändigt werden kann.
- Mit der Unterschrift der Anmeldung erklärt die Patientin/der Patient, dass er mit der Behandlung durch die Therapeuten der dmt. Physiotherapie einverstanden ist. Soweit es sich bei der Patientin/dem Patient um ein minderjähriges Kind handelt, versichert das einwilligende Elternteil auch im Namen des anderen Elternteils zu handeln.

Ort, Datum	Unterschrift	Unterschrift gesetzl. Vertreter (ggf. bei minderjährigen Kindern)
------------	--------------	--