

Physiotherapie Patientendatenblatt

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Versicherungsnummer
Krankenkasse	
Straße	
PLZ	Ort
Telefon	E-Mail
Überweisender Arzt	Hausarzt
Wie sind Sie auf mich gekommen?	

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Die Informationen dienen lediglich zur therapeutischen Verwendung und werden nicht an Dritte weitergegeben.

- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? Ja ☐ Nein ☐
- Hatten Sie jemals Probleme mit dem Herzen? Ja ☐ Nein ☐
- Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐
- Haben Sie Kunstgelenke oder andere Implantate? Ja ☐ Nein ☐
- wenn ja, welche: _____
- Bestehen sonstige Erkrankungen? Ja ☐ Nein ☐
- wenn ja, welche: _____
- Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐

Einwilligungserklärung

Information zur Verrechnung

Am Ende der Behandlungsserie erhalten Sie eine Rechnung, die Sie zuerst privat begleichen müssen. Sie können danach die bezahlte Rechnung mit der Überweisung bei Ihrer zuständigen Krankenkasse einreichen und bekommen so einen Teil der Behandlungskosten zurückerstattet. Der Kostenanteil hängt von der zuständigen Krankenkasse ab.

Sollten Sie einmal einen Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie den Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Zu kurzfristig abgesagte Termine können nicht mehr an andere Patienten vergeben werden. Ich erlaube mir in diesem Fall die dadurch entstehenden Kosten in Rechnung zu stellen. Diese Kosten können nicht beim Krankenversicherungsträger rückerstattet werden.

Newsletter

Ihre E-Mail Adresse wird für eine Zusendung eines Gesundheits-Newsletters verwendet.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die oben angeführten Erklärungen und Bestimmungen gelesen und verstanden zu haben und nehme diese verpflichtend zur Kenntnis.

Mondsee, am	Unterschrift
-------------	--------------