

Patienteninformation



Anmeldung in unserer Praxis

Name _____ **Geburtsdatum:** _____

Zur Behandlung in unserer Praxis benötigen wir eine gültige ärztliche Verordnung.

Die Behandlungen sollen auf Veranlassung der Krankenkassen innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Eine Unterbrechung von mehr als 14 Tagen ist ohne Begründung nicht erlaubt. Ausnahmen der Unterbrechungsfristen können nur Krankheit, Ferien oder therapeutische Gründe sein.

Kontaktdaten

Bitte geben sie uns ihre Telefonverbindungen an, nur so können wir sie bei Bedarf erreichen. Wir würden gerne die Möglichkeit nutzen mit ihnen über unsere Praxis-Handynummer per Whatsapp oder SMS in Kontakt zu treten. Bitte kreuzen sie an, ob sie damit einverstanden sind.

 Ja Nein

Ihre Behandlung

Wir möchten sie bitten relevante Befunde, Röntgenaufnahmen usw. zu ihrem ersten Behandlungstermin mitzubringen. Sie können uns diese auch gerne per Email zusenden. Für ihre Behandlung empfehlen wir ihnen ein Badetuch oder Laken mitzubringen und bequeme Kleidung (oder Sportkleidung) zu tragen.

Termine

Behandlungen können nur nach Terminabsprache erfolgen. Wir geben uns Mühe, jedem Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Da eine minutengenaue Planung der nötigen Therapiezeit nicht möglich ist, kann es zu kurzen Wartezeiten kommen. Wir bitten um ihr Verständnis dafür.

Terminabsagen

Sollten sie ohne zeitgerechte Absage dem Behandlungstermin fernbleiben, müssen wir ihnen den Termin privat in Rechnung stellen! Die aktuellen Ausfallgebühren sind in unseren Praxisräumen ausgehängt. Bei rechtzeitigen Absagen (mindestens 24 Stunden vor ihrem Termin) können wir den freigewordenen Termin in der Regel über unsere Warteliste an andere Patienten*innen weitergeben.

Eigenbeteiligung der gesetzlich versicherten Patienten*innen

Bitte denken sie daran, dass die gesetzlichen Krankenkassen einen gesetzlichen Eigenanteil pro Verordnung verlangen. Dieser beträgt 10 € Verordnungsgebühr zuzüglich 10 % der Behandlungskosten. Dieser Eigenanteil entfällt selbstverständlich, wenn sie von der Zuzahlung befreit sind.

Ich habe von dem Inhalt des Informationsblattes Kenntnis genommen.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Praxis für Physiotherapie Dr. Ralf Konrad

Schützenweg 19, 35418 Buseck ☎ 06408-7583 oder ☐ 0178-2387327
Im Esp 2, 35418 Buseck-Beuern ☎ 06408-968811
✉ physio-konrad@web.de