

Informationsblatt für Patient*innen

Vor- & Nachname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonische Erreichbarkeit

E-Mail

Krankenkasse

Gesetzlich

Privat

Beihilfe

Bitte bringen Sie folgendes zu Ihrem 1. Termin bei uns mit:

- Einen sauberen Mundschutz
- Ein großes Badetuch
- Ihre Versichertenkarte
- Rezept und weitere ärztliche Unterlagen, z.B. Röntgenbilder, Arztberichte, etc.
- Rezeptgebühr in Bar

Hinweis: Nach § 32 SGB V ist gesetzlich festgelegt, dass Patient*innen für eine Heilmittelverordnung bzw. ein Rezept eine einmalige Zuzahlung in Höhe von 10% des Rechnungsbetrages leisten müssen. Diese ist bis spätestens zur 2. **Behandlung** zu zahlen. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sowie Patient*innen mit einer Befreiungskarte sind von der Zuzahlung befreit.

1. Terminabsagen

Unsere Praxis ist eine reine Terminpraxis, d.h. wir vereinbaren mit Ihnen feste Behandlungstermine und halten diesen vereinbarten Termin für Sie frei. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, muss die **Terminabsage mindestens 24 Stunden** vorher erfolgen, da wir sonst keine Gelegenheit haben, die bereits reservierte Zeit erneut an Patient*innen zu vergeben. Bei versäumten oder nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagten Terminen (Verkehrsstau, eigene Krankheit, Krankheit des Kindes, etc.) wird Ihnen die für diesen Termin vorgesehene Verordnungsleistung aufgrund der gesetzlichen Regelung (§ 252 BGB, § 611, Satz 3, SGB) privat in Rechnung gestellt. Sie bekommen selbstverständlich einen Ersatztermin.

2. Datenschutz

Im Sinne des §301 SGB V werden Daten der Patient*in über Person, Status sowie medizinischen Daten gespeichert.

3. Erklärung

Die Hinweise und Informationen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese an.

Ort, Datum

Vor- & Nachname

Unterschrift

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Problem

Wie lange besteht das Problem? _____

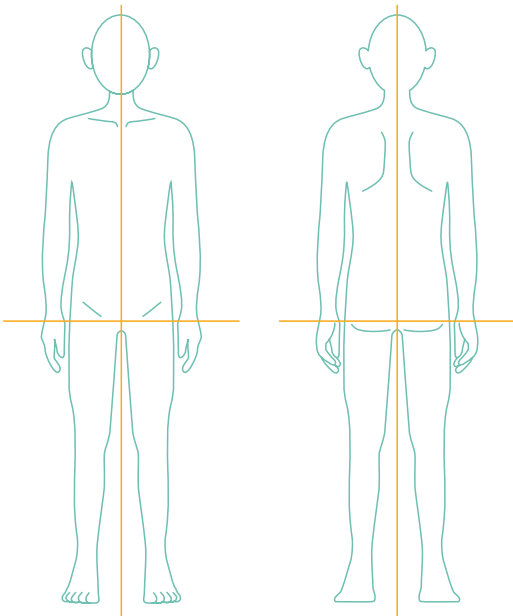
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie relevante Operationen? _____

Hatten Sie sonstige, z.B. infektiöse Erkrankungen, Hepatitis, o. Ä.)? _____

Angaben zur Anamnese und der Therapie

Wird von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten ausgefüllt



Therapieziel _____

Weiterlaufende Therapiemaßnahmen _____