

Patientenvereinbarung

Praxis für

- Physiotherapie
 - Osteopathie
- ## TEICHMÜLLER

Wir bitten Sie um folgende Angaben:

Vorname: _____

Zuname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat /dienstl./mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Bitte lesen und beachten Sie folgende Hinweise:

- Wählen Sie bitte die gemeinsam vereinbarten Termine so, dass Sie diese auch einhalten können. Im Falle einer Verhinderung müssen diese mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da wir Ihnen ansonsten die ausgefallene Leistung in Rechnung stellen müssen. Hierfür ist eine Abrechnung über die Krankenversicherung aus gesetzlichen Gründen nicht möglich. Telefonische Absagen auf den Anrufbeantworter können wir leider nur akzeptieren, wenn diese von uns rückbestätigt werden.
- Kalkulieren Sie bitte geringfügige Wartezeiten ein, da eine Behandlung auch mal ein paar Minuten länger dauern kann. Hausbesuchpatienten bitten wir um Verständnis, wenn aus organisatorischen Gründen kleine Änderungen vereinbarter Termine notwendig werden sollten.
- Hinweis für gesetzlich Krankenversicherte und Selbstzahler: Bitte entrichten Sie anfallende Gebühren vor oder zu Beginn Ihrer Behandlung bzw. Behandlungsserie.
- Unser Honorar- und Leistungskatalog hängt im Büro öffentlich aus. Sie verpflichten sich zur Zahlung auch dann, wenn bestimmte Positionen nur teilweise oder gar nicht von Ihrem Kostenträger erstattet werden.
- Hinweis für privat Krankenversicherte: Die Abrechnung für unsere Leistungen übernimmt eine externe Abrechnungsstelle. Falls Ihr Kostenträger Beträge nicht oder nur teilweise erstattet, können diese nicht in Abzug gebracht werden.
- Hier können vom Standard abweichende Zusatzvereinbarungen festgelegt werden:

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns Ihr Einverständnis für diese Vereinbarung.

Datum

Unterschrift