

Anmeldung / Allgemeine Geschäftsbedingungen

(Stand: 22.02.2020)

physiotherapie
rohrbach 

Beethovenstraße 48 74564 Crailsheim

Name:	Vorname:
Adresse:	Geburtstag:
Telefon privat:	Telefon geschäftlich:
Mobil:	Email:
Versicherung (bitte einkreisen): Gesetzliche / Privat / Beihilfe / Selbstzahler	
Überweisender Arzt:	Hausarzt:
Befreit von Zuzahlungen (bei gesetzlich Versicherten)?	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	
Wann sind Sie telefonisch am Besten erreichbar?	
Wie lauten Ihre Wunschzeiten für Behandlungs-Termine?	

Termine:

1. Behandlungstermine können von Ihnen bis 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt werden. Erfolgt die Absage innerhalb der 24 Stunden, sind wir bemüht, ihren Termin anderweitig zu belegen.

Gelingt dies nicht, erheben wir eine Ausfallgebühr. Auch bei Versäumen eines vereinbarten Termins wird diese Gebühr erhoben. Sie richtet sich nach der Länge Ihres Termins: pro 10 Minuten, in denen wir einen Therapeuten für Sie reservieren, erheben wir 12 €. Bedenken Sie bitte, dass die Krankenkassen diese Kosten nicht übernehmen.

2. Wenn unsere Rezeption nicht besetzt ist, nutzen Sie bitte für eine Terminabsage oder andere Anliegen unseren Anrufbeantworter (auch am Wochenende).
3. Bei unpünktlichem Erscheinen werden Sie noch die Restdauer Ihres Termins behandelt, ansonsten würden nachfolgende Patienten benachteiligt werden.

Behandlungszeiten:

1. Generell vereinbaren wir mit unseren Patienten individuelle Behandlungszeiten.
2. Die Preise für Privatversicherte und Selbstzahler sind an die GebüTh (Gebührenordnung für Therapeuten) bzw. GebüH (Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker) angelehnt. Die entsprechenden Therapiekosten werden vor dem ersten Termin in einer Honorarvereinbarung festgelegt.
3. Gesetzlich Versicherte erhalten laut Rahmenvertrag der Krankenkassen mit den Physiotherapie-Berufsverbänden eine Mindestbehandlungszeit von 15 Minuten (bei KG, Manuelle Therapie und Massage). Darin beinhaltet sind z.B. auch Verlaufsdokumentation, Erstellen eines Arztberichts, Hilfeleistungen des Therapeuten, Aufbereiten der Wärmepackung oder Anlegen des Elektrogerätes.
4. Diese Behandlungszeit ist für gewisse Therapiemethoden mit ganzheitlichem Ansatz zu knapp. Da auch generell die Verordnungsfähigkeit seitens der Ärzteschaft budgetiert ist, besteht bei uns die Möglichkeit, Ihre Therapie zeitlich zu ergänzen. Hierfür erheben wir eine Gebühr von 30 € für zusätzliche 20 Minuten. Diese finden nach der Verordnung statt und werden von Ihrer Kasse nur u.U. übernommen; bitte sprechen Sie uns diesbezüglich ggf. an!

Zuzahlungen:

1. Wenn Sie einer gesetzlichen Krankenversicherung angehören, müssen Sie laut Gesetzgeber einen Teil der Behandlungskosten selbst tragen. Diese Zuzahlung setzt sich wie folgt zusammen: 10 € Rezeptgebühr plus 10% des Rezeptwerts. Diese Gebühr leisten Sie bitte im Laufe der ersten beiden Behandlungen.
2. Sind Sie von Zuzahlungen befreit, dann legen Sie uns bitte Ihren Befreiungsausweis vor.

Therapieberichte:

1. Diese werden z.B. für Folgerezepte von Ihrem Arzt gefordert und sind bei gesetzlich Versicherten Teil der physiotherapeutischen Behandlungszeit. (siehe oben)
2. Sollen diese auf Ihren Wunsch hin ausserhalb der Behandlungszeit erstellt werden, erlauben wir es uns, diese privat in Rechnung zu stellen.

Sonstiges:

1. Hiermit erlaube ich dem zuständigen Therapeuten, bei Bedarf auch therapeutische Maßnahmen im Mundinneren durchzuführen.
2. Mir ist bewusst, dass es bei gewissen Behandlungen zu Haut- bzw. Gefühls-Irritationen, wie z.B. starkem Muskelkater, Hämatomen oder Schmerzzuständen kommen kann.

Einverständnis:

Hiermit erkläre ich mich mit den vorigen Bedingungen der AGB von Physiotherapie Rohrbach einverstanden.

Name, Vorname: _____

Unterschrift: _____

Schweigepflichtentbindung:

1. Zur Durchführung meiner Therapie und zur reibungslosen Kommunikation bin ich einverstanden, dass folgende Personen Daten untereinander austauschen und entbinde somit diese Personen von ihrer Schweigepflicht:
 - Die oben benannte Praxis samt deren Angestellten
 - Ggf. meinen überweisenden Arzt _____ oder meinen Hausarzt _____
 - Weitere Personen: _____
2. Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumentationen und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.
3. Die Schweigepflichtentbindung gilt bis aus Weiteres für sämtliche künftige Behandlungen. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angaben von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters