

## Anmeldung

Vorname	Name
---------	------

Straße / Hausnummer	PLZ/Wohnort
---------------------	-------------

Geb.Datum	Krankenkasse
-----------	--------------

Um Sie optimal erreichen zu können (z.B. bei kurzfristigen Terminverschiebungen) benötigen wir möglichst viele Telefonnummern von Ihnen

Mobil	Arbeit	Privat
-------	--------	--------

Email (freiwillig)
--------------------

### Informationen zu Ihrer Behandlung im Therapiezentrum Friedrichsort

**Bitte sagen Sie rechtzeitig ab, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können!**

**§ 615 BGB erlaubt es uns, Termine die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden in der Höhe der Behandlungskosten in Rechnung zu stellen. Diese Regelung kommt bereits bei der ersten kurzfristigen Terminabsage zur Geltung.**

**Zur Erklärung:**

**Kurzfristig abgesagte Termine richten in der Praxis einen finanziellen Schaden in der Höhe von 1,5 Therapeutengehältern pro Monat an. Im Krankheitsfall werden wir situationsabhängig über eine Ausfallgebühr entscheiden. Dieses ist davon abhängig, wann der Termin abgesagt wurde. Dabei gilt eine Absage, die 6 Stunden vor dem Termin erfolgt, als akzeptabel. Nicht abgesagte Termine werden auch im Krankheitsfall in Rechnung gestellt.**

**Sollten mehrfach Termine unentschuldigt verpasst werden behalten wir uns vor alle weiteren noch offenen Termine aus der Planung zu nehmen und in Zukunft keine weiteren Termine in unserer Praxis an Sie zu vergeben. Für diesen Fall werden wir auch eine Meldung an Ihren behandelnden Arzt weiterleiten.**

Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein großes Handtuch mit.

Für Kassenpatienten ist ein gesetzlich vorgegebener Eigenanteil zu entrichten. Dieser entspricht 10% des Kassensatzes zuzüglich 10 € pro Rezept und ist **vollständig bei der ersten Behandlung** zu entrichten.

**Hinweis:**

Leider müssen wir feststellen, dass unsere Patienten überdurchschnittlich oft ohne Portemonnaie zur Behandlung erscheinen und somit die Zuzahlung nicht leisten können. Dieses Vorgehen würde im Supermarkt nebenan sicherlich nicht zum Vertragsabschluss führen. Im Zweifelsfall werden wir die Behandlung erst dann fortsetzen, wenn die Zuzahlung in der Praxis beglichen wurde. Gleiches gilt für die Entrichtung der Ausfallgebühr

Wir versuchen unseren eng getakteten Zeitplan einzuhalten. Trotzdem kann es zu kurzen Verzögerungen kommen.

Um den Terminplan einhalten zu können, ist es wichtig, dass Sie rechtzeitig zum Termin erscheinen. Planen Sie daher 5 – 10 Min. vor dem Behandlungsbeginn ein.

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, vereinbaren Sie bitte rechtzeitig neue Termine.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die o.g. Bedingungen für den Praxisbesuch an.

Kiel, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Auf der folgenden Seite finden Sie die Einwilligungserklärung zum Datenschutz. Diese muss vor dem Behandlungsbeginn von Ihnen unterschrieben werden.**

**Wenn Sie weitere Informationen zum Datenschutz (z.B. an welche Einrichtungen und Personen wir Ihre Daten ggf. weitergeben und zu welchem Zweck dieses geschieht) erhalten wollen, können spreche Sie bitte unsere Empfangskräfte an. Die weiteren Informationen zum Datenschutz sind auch auf unserer Homepage im Downloadbereich einzusehen bzw. auszudrucken. Gleiches gilt für unsere AGBs.**

