

## Anmeldung- Physiotherapie/Therapievereinbarung

Name .....

Geburtsdatum ..... Versicherungsnummer .....

Krankenkasse .....

Telefonnummer .....

Behandelnder Arzt/Hausarzt .....

Bei Minderjährigen oder Sachwalterschaft .....

Name des Erziehungsberechtigten/Sachwalters .....

.....

Adresse .....

### **Ich wünsche:** *(bitte zutreffendes ankreuzen)*

- Einholen der chefärztlichen Bewilligung bei ihrer Krankenkasse  
*(die Verordnung wird per Fax unverschlüsselt übermittelt)*
- SMS-Terminreminderung  
*(die Telefonnummer wird an einen SMS-Versand Provider übermittelt)*
- Terminreminderung unverschlüsselt per Mail  
*(die Termininformationen werden an den Mail-Provider unverschlüsselt übermittelt)*
- Zusendung der Rechnung bzw. Barbeleg  
*(die Belege werden an den Mail-Provider unverschlüsselt übermittelt)*

### **Ich erlaube:** *(bitte zutreffendes ankreuzen)*

- die Kontaktaufnahme mit dem zuweisenden Arzt/Hausarzt  
*(Besprechung und evtl. unverschlüsselte Übermittlung von Gesundheitsdaten)*
- Ich habe die AGBs gelesen und bin damit einverstanden.

.....

Datum/Ort

.....

Unterschrift