

Anmeldung – Physiotherapie/Therapievereinbarung

Name _____

Geburtsdatum Versicherungsnummer _____

Krankenkasse _____

Telefonnummer _____

Behandelnder Arzt/Hausarzt _____

Bei Minderjährigen oder Erwachsenenvertretung

Name des Erziehungsberechtigten/Erwachsenenvertreters

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 per E-Mail
(die Termininformationen werden an den E-Mail-Provider unverschlüsselt übermittelt)
- Zusendung der Rechnung bzw. Barbeleg
(die Belege werden an den E-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 bis damit einverstanden

Datum & Ort

Unterschrift