



Anmeldebogen

Name:

Geburtsdatum:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Versicherung:

- Gesetzliche Krankenkasse
- Privat
- Privat mit Beihilfe
- Selbstzahler

Überweisender Arzt / Hausarzt:

Wichtige Hinweise zur Behandlung

Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein **Handtuch oder ein (Bett-)Laken** mit. Sollten Sie kein Laken mitbringen, stellen wir Ihnen ein Waschfaserlaken gegen eine **Leihgebühr von 1,00 €** zur Verfügung.

Alternativ kann ein Waschfaserlaken für **2,50 €** erworben werden.

Die **Behandlungsdauer** (inkl. Umkleiden, Terminorganisation, Befunderhebung etc.) richtet sich nach den Vorgaben der Kostenträger und beträgt in der Regel **15–25 Minuten**.

Für das **Gerätetraining (KGG)** bitten wir um das Tragen **bequemer Kleidung** sowie **sauberer Turnschuhe**.

Bitte beachten Sie, dass zwischen dem **Ausstellungsdatum der ärztlichen Verordnung** und dem **ersten Behandlungstermin nicht mehr als 28 Kalendertage** liegen dürfen.

Hinweise für Privatpatienten und Selbstzahler

Privatpatienten und Selbstzahler verpflichten sich, die Kosten der Behandlung gemäß der **in der Praxis ausgehängten, zum Zeitpunkt der Behandlung gültigen Preisliste** vollständig zu begleichen.

Die Abrechnung erfolgt **unabhängig von einer möglichen Erstattung** durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen. Ein Erstattungsanspruch gegenüber der Praxis besteht nicht.

Hinweise für GKV-Versicherte

Bei jeder Verordnung wird eine **Zuzahlung** fällig, die wir im **Auftrag der Krankenkassen** von Ihnen einziehen müssen.

Terminvereinbarung, Absagepflicht und Ausfallhonorar

Mit der Terminvereinbarung kommt ein **verbindlicher Behandlungsvertrag** gemäß §§ 611 ff. BGB zustande.

Die vereinbarten Termine werden **exklusiv für den Patienten reserviert**.

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, ist dieser **spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin** abzusagen.

Maßgeblich ist der **Zeitpunkt des Zugangs der Absage** in der Praxis (telefonisch, persönlich oder per E-Mail während der Praxiszeiten).

Erfolgt keine oder keine fristgerechte Absage (weniger als 24 Stunden vorher), gilt der Termin als **nicht rechtzeitig abgesagt**.

Sofern es der Praxis **nicht möglich ist, den Termin anderweitig zu vergeben**, befindet sich der Patient im **Annahmeverzug**.

Die Praxis ist in diesem Fall berechtigt, gemäß **§ 615 BGB** die vereinbarte Vergütung für den ausgefallenen Termin als **Ausfallhonorar** in Rechnung zu stellen.

Dabei werden **ersparte Aufwendungen** berücksichtigt.

Ein Anspruch auf Kostenübernahme durch gesetzliche oder private Krankenkassen besteht nicht. Das Ausfallhonorar ist vom Patienten **privat zu begleichen**.

Dem Patienten bleibt ausdrücklich der Nachweis vorbehalten, dass der Praxis **kein oder ein geringerer Schaden** entstanden ist.

Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit Ärzten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis **Physiotherapie Hagen** bei formalen oder inhaltlichen Unklarheiten oder Fehlern auf der ärztlichen Verordnung Kontakt mit den verordnenden Ärzten aufnehmen darf.

Ort, Datum: Würzburg, _____

Unterschrift Patient/in: _____



Anamnesebogen

Name:

Geburtsdatum:

Beruf:

sitzend/stehend/tragend/Headset/mehrere Bildschirme

Angaben zur Gesundheit (freiwillig):

Dauermedikamente:

Bluthochdruck , Betablocker , Diabetes , Herzproblematik ,
Neurologische Erkrankung Gefäßerkrankung , Osteoporose

Operationen/Unfälle:

Freizeit/Sport:

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen?
Woran werden Sie es im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?

Wie lassen sich die Beschwerden lindern (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegungen, ...)?

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt?

Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben sich diese verändert?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten (DSGVO)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Physiotherapie Hagen GmbH meine personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken erhebt, verarbeitet und nutzt:

- Pflege meiner Kontaktdaten
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder mir als Patient/in
- Therapeutische Dokumentation
- Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen

Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, meine Krankenkasse und/oder eine Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Diese Stellen verarbeiten und nutzen meine Daten ausschließlich zu folgenden Zwecken:

Pflege der Kontaktdaten

- Abrechnung erbrachter Leistungen
- Therapeutische Dokumentation
- Hinweise zum Datenschutz
- Ich wurde darüber informiert, dass:

die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) erfolgt, die Einwilligung freiwillig ist und ich sie verweigern kann, mit der Folge, dass ein Behandlungsvertrag nicht zustande kommt bzw. nicht erfüllt werden kann und eine Abrechnung mit der Krankenkasse nicht möglich ist, ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann, ich jederzeit die Berichtigung, Löschung oder Einschränkung (Sperrung) der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten verlangen kann, ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Der Widerruf ist zu richten an:

Physiotherapie Hagen GmbH
Petrinistraße 14/16
97080 Würzburg

Im Falle eines Widerrufs werden meine personenbezogenen Daten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen und – sofern keine weiteren gesetzlichen Pflichten bestehen – gelöscht. Die Praxis informiert die oben genannten Empfänger über meinen Widerruf.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____