

# Anmeldung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Vertraulichkeit Ihrer persönlichen Daten zu wahren, bitten wir Sie, dieses Anmeldeformular auszufüllen, um so ungewolltes Zuhören bei der Datenaufnahme zu vermeiden.



**physio-zentrum  
schwandorf**  
Mayer & Richthammer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Krankenkasse

Telefon/Mobil

e-Mail

Behandelnder Arzt, Ort

Privat

Gesetzlich

Zuzahlungsbefreit

**!!! Bitte teilen Sie uns REHA- oder Krankenhausaufenthalte umgehend mit !!!  
!! HANDTUCH nicht vergessen !!**

## Unsere Spielregeln:

Mit dem Ausfüllen dieser Anmeldung und meiner Unterschrift erkenne ich die nachstehenden Behandlungs- und Rechnungskonditionen, die Behandlungspreise gemäß Preisaushang sowie das Gesamthonorar (bei Privatpatienten der aktuelle Beihilfesatz) an.

**Mir ist bekannt, dass Termine mindestens 24 Stunden vorher an Werktagen - telefonisch oder persönlich (keine SMS oder eMail Mitteilungen) - abgesagt werden müssen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir mit dem derzeit gültigen Verrechnungssatz meiner Krankenkasse gemäß § 615, BGB privat in Rechnung gestellt.**

Bei mehrmaligen unentschuldigtem Nichterscheinen behält sich das P-Z-S vor, die verbliebenen Termine zu streichen und die Behandlung abzubrechen.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61, Satz 3, SGB und Rezeptgebühren sind in voller Höhe spätestens zum **dritten** Behandlungstermin zu entrichten. Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten an externe Abrechnungsstellen - ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnungen und Behandlungen - erkläre ich mich hiermit einverstanden.

**Mir sind keine Umstände (Medikamente, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etc.) bekannt, die gegen eine Behandlung im Physio-Zentrum-Schwandorf oder gegen körperliches Training sprechen. Mir ist bewusst, dass die Anwendung therapeutischer Behandlungstechniken (Fasziendistorsionsmodell, Stoßwelle, Elektrotherapie, Ultraschall etc.) zu unerwünschten Begleiterscheinungen (Schwindel, Taubheitsgefühl, Hämatomen, Muskelkater, Schwellungen, etc.) führen kann. Ich erkläre mich ausdrücklich mit dem Einsatz dieser Techniken einverstanden und sehe im Schadensfall von rechtl. Schritten gegen das P-Z-S ab**

Weiterhin entbinde ich das P-Z-S von durch mich durch unsachgemäße Benutzung oder Fahrlässigkeit verursachten Sach- und Personenschäden. Sach- und Personenschäden, die durch solches Verhalten entstanden sind, übernehme ich in vollem Umfang.

## Zahlungshinweis:

Um Ihnen und auch uns zusätzlichen Aufwand und Kosten zu ersparen, möchten wir Sie bitten, Ihre Zahlung fristgerecht innerhalb 2 Wochen zu leisten. Da wir Vorab-Dienstleistungen für Sie erbringen, werden nicht fristgerecht geleistete Zahlungen kostenpflichtig angemahnt. Entstehende Zusatzkosten durch Bearbeitungs- und/oder Mahngebühren etc. sind in jeden Fall zu leisten und werden, wie auch der vollständige Rechnungsbetrag, ggf. rechtlich eingefordert.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten