

## Anmeldebogen

Ergotherapie

Physiotherapie

Logopädie

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Straße,  
Hausnummer

PLZ

Ort

Adresszusatz

Telefonnummer

E-Mail

Hausarzt

überweisender  
Arzt

Diagnose

Heilmittel

Anliegen/ Vorstellungsgrund

ggf. gewünschte spezielle Behandlungsverfahren

Besonderheiten (Früchen, Erkrankungen, Allergien)

Therapiebeginn sofort (Rezept vorhanden)	Ja	Nein
Therapiebeginn ab:	<input type="text"/>	
Zuzahlungen <small><sup>1</sup>Bitte legen Sie uns in diesem Fall eine Befreiungsbescheinigung vor</small>	befreit <sup>1</sup>	nicht befreit
Pivat versichert	Ja	Nein
Beihilfeberechtigt	Ja	Nein

Wie sind Sie auf unser Therapiezentrum aufmerksam geworden?

Arzt

Gelbe Seiten

Internet

Persönliche Empfehlung

von:

Sonstiges

intern Praxismanagement - vom Praxispersonal auszufüllen!

Datenaufnahmen

von:

am:

Mögliche Behandlungszeit

RS/RR erfolgt am:

Behandelnder Therapeut

Terminvereinbarung

Warteliste

---

### **Ihre Termine - Wir freuen uns auf unsere gemeinsame Zusammenarbeit!**

Sie erhalten von Beginn an feste und gemeinsam vereinbarte Termine. Dabei wird insbesondere auf gleichbleibende Zeiten geachtet, um Ihre Terminplanung zu erleichtern. Kurzfristige Therapieausfälle und die damit entstehenden Lücken, lassen sich deshalb nicht durch andere Patienten ausgleichen.

Ich bitte daher um Ihr Verständnis, dass versäumte Termine, die **nicht mindestens 24 Stunden** zuvor abgesagt wurden, Ihnen in Rechnung gestellt werden müssen. Sollten Sie also durch Krankheit oder *wichtige* Gründe an der Wahrnehmung der Therapie gehindert werden, sagen Sie uns rechtzeitig Bescheid.

### **Kontinuierliche Behandlung ist ein Meilenstein Ihres Erfolges!**

Um Ihnen den größtmöglichen Therapieerfolg zu gewährleisten, ist dazu eine regelmäßige und kontinuierliche Behandlung unbedingt notwendig!

Bei einmaliger Behandlung pro Woche verschiebt sich bei einem einzigen Ausfall bereits das Intervall auf zwei Wochen. *Durch wiederholte Therapielücken wird der Behandlungserfolg gefährdet.*

### **Zu guter Letzt:**

Bitten lassen Sie uns sämtliche Anregungen und Kritik aller Art wissen!

Kommen Sie doch einfach ohne große zeitliche Verzögerung bei Unstimmigkeiten auf unser Team zu. *Wir werden gemeinsam eine Lösung finden!*

### **Schweigepflichtentbindung:**

Für den bestmöglichen Therapieerfolg ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arzt und den behandelnden Therapeuten notwendig.

Ich bin daher einverstanden, dass personenbezogene Angaben, ausschließlich zu diesem Zwecke, an die obig benannten Gruppen weitergegeben werden.

Die Vergütung & Abrechnung der Verordnung erfolgt über ein akkreditiertes Abrechnungszentrum. Die dazu notwendigen Daten werden ausschließlich zu Abrechnungszwecken verwendet und nicht an unbefugte Dritte weitergereicht.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxis - Team

Datum

Unterschrift: