

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Sie (wieder) bei uns begrüßen zu dürfen.

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie den oberen Teil aus und lesen Sie die weiteren Informationen sehr aufmerksam.

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Krankenversicherung:

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer vollen Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn Ihrer Behandlung mit unserer Praxisorganisation vertraut machen.

1. **Sie haben die Möglichkeit einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen (am Wochenende nutzen Sie bitte den Anrufbeantworter).** Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen wir Ihnen den Termin privat in Rechnung. Die Höhe des Rechnungsbetrages richtet sich nach dem Wert der verordneten Therapie.
2. **Bitte kommen Sie immer rechtzeitig zu Ihren Terminen.** Wir möchten in Ihrem Interesse Wartezeiten vermeiden. Deshalb sind wir darauf angewiesen, dass jede Behandlung pünktlich beginnen kann. Sollten Sie nicht rechtzeitig erscheinen können, verkürzt sich Ihre Behandlungszeit entsprechend. Sollte die Behandlungsdauer nach den Vorgaben der Leistungsbeschreibungen der Krankenkassen bzw. nach den Vorgaben der Versicherung unterschritten werden, entfällt die Therapie und wir berechnen sie gem. Punkt 1 dieses Bogens.
3. **Bitte Berücksichtigen Sie, dass es in der Therapie, sowie unseren Gruppenangeboten zu geringen Zeitverzögerungen durch Teilnehmer-/Therapeutenwechsel kommen kann.** Wir sind stets bemüht Verzögerungen zu vermeiden.
4. Aus Sicherheitsgründen ist die Nutzung des Schwimmbades unter Alkoholeinfluss strengstens untersagt.
5. **Wir sind von den Krankenkassen verpflichtet den Therapieverlauf zu dokumentieren und ggf. auf Wunsch des Arztes einen Therapiebericht zu erstellen.** Diese Zeit ist in der Therapiezeit enthalten.
6. **Die gesetzliche Zuzahlung für Heilmittelverordnungen ist vor der ersten Behandlung zu entrichten.** Sollte die Anzahl, der auf der Verordnung aufgeführten Behandlungseinheiten, aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht vollständig in Anspruch genommen werden, so erhalten Sie den zu viel bezahlten Betrag zurück.
7. **Einverständniserklärung zur Weitergabe Ihrer persönlichen Daten.** Ausschließlich zu Abrechnungszwecken werden wir Ihre persönlichen Daten weitergeben.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam.

Datum

Unterschrift