

ANMELDEFORMULAR

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Vorname	Nachname	
Strasse		PLZ	Ort
Tel. Privat	Tel. Geschäft		Geb Datum
Mobil	Email		
Zuweisender Arzt *	Adresse		
Krankenkasse* (Grundversicherung):			
Bevorzugte Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> Festnetz, <input type="checkbox"/> Mobil, <input type="checkbox"/> Email, Anders: _____			

*Diese Angaben werden zwingend gebraucht.

Bei **Unfall** die nachfolgenden Felder zusätzlich ausfüllen

Bei **Unfall** brauchen wir zusätzlich die nachfolgenden Angaben

Name der Unfallversicherung:
Unfalldatum:
Policen- / Schadennummer:

Einverständniserklärung

Mein/e PhysiotherapeutIn wird von mir bevollmächtigt:

- medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten sowie Vertrauensärzten der Kostenträger auszutauschen.
- falls die Rechnung der Behandlung nicht beglichen wird, die erforderlichen persönlichen Behandlungsdaten sowohl an die rechnungsstellende und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, als auch den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.
- nicht-öffentliche Listen mit säumigen Zahlern anzulegen, welche er/sie mit anderen PhysiotherapeutInnen austauschen darf.

Wir engagieren uns für die Umwelt und versenden deshalb Ihre Rechnungen möglichst auf elektronischem Weg. Vereinbarte Behandlungstermine, welche von mir nicht wahrgenommen und nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden, werden mir privat (ohne Anspruch auf Rückerstattung durch die Krankenkassen) in Rechnung gestellt.

Alle Behandlungskosten, die von meiner Versicherung/ KK nicht gezahlt werden, übernehme ich vollständig selbst.

Es ist Schweizer Recht anwendbar.

Unsere Datenschutzerklärung ist bei uns einsehbar und wird auf Wunsch ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patientin/Patienten

.....

.....