

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, Sie umfassend bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates nach neuesten medizinischen Erkenntnissen beraten und behandeln zu dürfen. Vorab bitten wir Sie um Ihre Personalien und genauen Versicherungsangaben. Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem, weshalb Ihre Behandlungszeit fest für Sie reserviert ist. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, damit wir diesen anderweitig vergeben können. Wir bitten um Ihr Verständnis bei eventuellen Wartezeiten durch Notfallbehandlungen.

Bitte geben Sie Ihre Krankenversicherung exakt an, da verschiedene Versicherungen Erstattungsprobleme verursachen können. Beachten Sie, dass unsere Rechnung unabhängig von der Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung zu begleichen ist.

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		Beruf	Ausweisnummer
Telefonnummer	Mobil	E-Mail	
Wünschen Sie einen Brief an Ihren Hausarzt?	Falls Ja, bitte Name und Anschrift des Hausarztes		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Angaben zur Krankenversicherung			
Name private Krankenversicherung		Tarif	
		<input type="checkbox"/> Normaltarif	<input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif / Rentnertarif
Versicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Sonstige (bitte angeben):		
Versicherung für stationäre/belegärztliche Leistungen			Chefarztbehandlung
<input type="checkbox"/> 1-Bett	<input type="checkbox"/> 2-Bett	<input type="checkbox"/> allg. Pflege	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Angaben zum Hauptversicherten (nur falls Sie nicht selbst versichert sind)			
Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) Hauptversicherter			
Im Falle eines Arbeits-, Dienst-, Wege- oder Schulunfalls bitte Angaben zur Berufsgenossenschaft (Zusatzbogen beachten!)			

Information zur Abrechnung

Bitte geben Sie Ihre Krankenversicherung genau an, da verschiedene Versicherungen spezifische Erstattungsprobleme haben können. Unsere Rechnung ist unabhängig von der Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung zu begleichen. Jede Erstkonsultation wird mit dem 3,5-fachen Satz berechnet. Wir weisen darauf hin, dass Privatversicherungen Leistungen wie Stoßwellentherapie, Hyaluronsäureinjektion, ACP-Behandlung, Kinesiotape oder Akupunktur nicht automatisch erstatten; diese sind als Selbstzahlerleistungen zu betrachten.

Wir bitten um Ihre Unterschrift

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.
- Ich erkenne den Behandlungsvertrag gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an und verpflichte mich, die Arztrechnung spätestens innerhalb von zwei Wochen, unabhängig vom Erstattungsverhalten meiner Versicherung, zu bezahlen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter: _____