**Anmeldeformular**

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Vorname |
| Strasse | PLZ/Ort |
| Geburtsdatum | Tel.Privat  Tel. Geschäft  Tel. Mobile |
| e-mail |
| Krankenkasse | Versicherungskartennummer (20 Zahlen) |
| Unfallversicherung | AHV Nr. |
| Hausarzt | Zuweisender Arzt |

Die Dauer einer **Therapiesitzung** kann zeitlich zwischen **20 -30 Minuten** variieren.

Vereinbarte Behandlungstermine, welche von mir nicht wahrgenommen und nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden, werden mir privat mit Fr.50.00 (ohne Anspruch auf Rückerstattung durch die Krankenkasse) in Rechnung gestellt.

**Einverständniserklärung:**

Meine Physiotherapeutin wird von mir bevollmächtigt:

* medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten auszutauschen.
* Die erforderlichen persönlichen und Behandlungsdaten sowohl an die rechnungs-stellende und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, als auch den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Es ist Schweizer Recht anwendbar.

Ort, Datum Unterschrift Patient

………………………………………………………… ……………………………………………………….