

**Physiotherapie Sonja Soeder am
Deutschen Beckenbodenzentrum
St. Hedwig Krankenhaus, Josefshaus
Große Hamburger Straße 5-11, 10115 Berlin**

**Telefon: 030.326 79 151
Fax: 030.326 79 152
@:info@physiotherapie-soeder.de
www.physiotherapie-soeder.de**



Liebe Patient:in,

ich bedanke mich, dass Sie sich für meine Praxis entschieden haben.

**Bitte füllen Sie die nachfolgenden Seiten vollständig aus.
Vielen Dank!**

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

Mail: _____

Überweisender Arzt/Empfehlung durch: _____

1. Ich gebe als Beihilfe – Versichert:e mein Einverständnis zur Weitergabe meiner Daten zur Abrechnung an das Optica Abrechnungszentrum Dr. Guldener GmbH, Marienstr. 10, 70178 Stuttgart mit ihrer Krankenkasse.

Berlin, den

Unterschrift:

2. Für eine optimale Planung des Therapieablaufs verpflichte ich mich mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Versäume ich diese Frist, bin ich damit einverstanden, dass mir der ausgefallene Termin in Rechnung gestellt wird. Das Praxisteam versucht kurzfristige Terminabsagen mittels der Warteliste zu besetzen.

Berlin, den

Unterschrift:

3. Zur physiotherapeutischen Befundaufnahme, Muskelstatus, sowie zur Behandlung ist eine vaginale bzw. anorektale Untersuchung angezeigt. Hiermit willige ich in diese Untersuchung oder Behandlung ein. Ich kann jederzeit mein Einverständnis widerrufen.

Berlin, den

Unterschrift:
