

**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 Privat – Versichert:e /Selbstzahler-sektoraler Heilpraktiker mein Einverständnis zur Weitergabe meiner Daten zur Abrechnung an das Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener 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:**

---