

**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
Mail: info@physiotherapie-soeder.de
www.physiotherapie-soeder.de**

Liebe Patient*innen,

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/Ärztin:

ANMELDUNG - BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, VIELEN DANK

1. Ich gebe als gesetzlich oder privat Versicherte/r 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 bereit den dadurch entstandenen betriebswirtschaftlichen Schaden in Form einer Ausfallgebühr in Höhe von 70 € auszugleichen. Sämtliche Terminabsagen versucht das Praxisteam mittels der Warteliste zu besetzen. Gerne können Sie den Termin auch als Videotermin, mit vorheriger Absprache wahrnehmen.

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:

4. Als gesetzlich versicherte Patient*in ist bei Heilmitteln ein Eigenanteil von 10 € Praxisgebühr und 10 % des Rezeptwertes zu entrichten. Ich bin damit einverstanden diese Gebühr vom Abrechnungsbüro Firma Optica Dr. Güldener GmbH, Marienstr. 10, 70178 Stuttgart in Form einer Rechnung zu erhalten.

Berlin, den

Unterschrift:

5. Entspricht die von meinem Arzt/Ärztin ausgestellte Heilmittelverordnung nicht den von den gesetzlichen Krankenkassen geforderten Richtlinien bin damit einverstanden die Therapie vor Ort selbst zu bezahlen.

Berlin, den

Unterschrift:

Eine Verordnungsvorlage wird Ihnen mit der Terminbestätigung entsprechend der von Ihnen angegebenen Diagnose per mail zugesandt.