

Anmeldeformular

Name		Vorname	
------	--	---------	--

SV-Nr.		Geb.-Datum	
--------	--	------------	--

Strasse			
---------	--	--	--

PLZ	-	Ort	
-----	---	-----	--

Tel		Mobil	
-----	--	-------	--

Fax		Email	
-----	--	-------	--

Erwerbstätigkeit

- Angestellte Arbeiter Arbeitslos
 Mutterschutz Kind Pensionist
 Selbstständig Beamter Student
 Schüler Sonstiges Mitversichert

Mitversichert bei

Name		Vorname	
------	--	---------	--

SV-Nr.		Geb.-Datum	
--------	--	------------	--

Arbeitsstelle			
---------------	--	--	--

Tel - Arbeit		Fax - Arbeit	
--------------	--	--------------	--

Versicherung

- BVAEB: BVA ÖBB SVS (SVA+Bauern) ÖGK (TGKK)
 KUF PRIVAT
 Sonstige _____

Zuweisender Arzt			
------------------	--	--	--

Operiert	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
----------	-----------------------------	-------------------------------	--

Datum der Operation			
---------------------	--	--	--

Unfallursache	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Sportunfall	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall
---------------	----------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------------

SEHR GEEHRTE PATIENTEN!

Für den reibungslosen Ablauf Ihrer Therapie erhalten Sie hier folgende Informationen:

- Bitte melden Sie sich immer zuerst beim Sekretariat an.
- Terminplanung: wir ersuchen Sie um Verständnis, dass die Terminplanung – gegebenenfalls auch für Sie - flexibel sein muss, daher kann es auch zu telefonischen Rückfragen wegen Terminverschiebungen kommen.

Kaution: Bei Therapiebeginn wird eine Kaution von € 35.- eingehoben, die Sie bei verlässlichem Einhalten bzw. rechtzeitiger Absage Ihrer Termine (24 Stunden vor Therapie) nach Ende der Therapie auf Ihr **Konto zurück überwiesen** bekommen. **Die Rücküberweisung erfolgt nicht automatisch. Erst nach persönlicher Abgabe der Kautionsbestätigung ist die Rücküberweisung möglich.**

- **Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass bei zwei nicht wahrgenommen Terminen keine weiteren vereinbart werden können und die Kaution nicht rückerstattet werden kann.**
- Wartezeit: Kalkulieren Sie bitte Wartezeiten bis zu ½ Stunde ein.
- Bestätigung der Therapie: nach jeder Therapieeinheit durch Ihre Unterschrift.
- **Tarife/ Selbstbehalte:** Versicherte bei KUF haben mit einem Selbstbehalt von 10% zu rechnen – bitte bedenken!
- Sollten Sie eine Terminauflistung benötigen, werden 20 € verrechnet. Um eine Kopie unserer Dokumentationen zu erhalten, werden 50 € verrechnet.
- Angaben von Zusatzerkrankungen: Bitte informieren Sie Ihre Therapeutin unbedingt über Zusatzerkrankungen
- Anzahl der genehmigten Therapieeinheiten beachten! Wenn Sie mehr Therapieeinheiten konsumieren, als von der Versicherung genehmigt, müssen diese Kosten von Ihnen selbst getragen werden.
- **Datenschutz:** Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das in der Praxis aufliegende Informationsblatt „PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ“ gelesen und verstanden habe.
- Therapeuten dürfen während der Therapie mit dem jeweiligen Arzt kontaktaufnehmen.