

# Anmeldung – Physiotherapie/Therapievereinbarung

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt/Hausarzt \_\_\_\_\_

## **Bei Minderjährigen oder Erwachsenenvertretung**

Name des Erziehungsberechtigten/Erwachsenenvertreters

Adresse \_\_\_\_\_

### **Ich wünsche** (bitte zutreffendes ankreuzen):

- Einholen der chefärztlichen Bewilligung bei Ihrer Krankenkasse  
(die Verordnung wird per Fax unverschlüsselt übermittelt)
- SMS-Terminreminderung  
(die Telefonnummer wird an einen SMS-Versand Provider übermittelt)
- Terminreminderung per E-Mail  
(die Termininformationen werden an den E-Mail-Provider unverschlüsselt übermittelt)
- Zusendung der Rechnung bzw. Barbeleg  
(die Belege werden an den E-Mail-Provider unverschlüsselt übermittelt)

### **Ich erlaube** (bitte zutreffendes ankreuzen):

- die Kontaktaufnahme mit dem zuweisenden Arzt/Hausarzt  
(Besprechung und evtl. unverschlüsselte Übermittlung von Gesundheitsdaten)
- Ich habe die AGBs gelesen und bis damit einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum & Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift