

VEREINBARUNG / THERAPIE-ABSAGEREGELUNG

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Therapiepraxen sind Bestellpraxen. Dies bedeutet, dass wir mit Ihnen einen genauen Termin für Ihre Therapie vereinbaren. Somit wird gewährleistet, dass Sie (in der Regel) nicht warten müssen und Ihre Therapie zum vereinbarten Termin erhalten.

Um Ihnen und den anderen Patienten die pünktliche Behandlung zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, einen durch Sie nicht wahrnehmbaren Termin rechtzeitig abzusagen. Dies ist bis spätestens 24 Std. vor dem geplanten Termin notwendig. Sie können dies persönlich, telefonisch wie auch per Email tun. Falls Sie uns nicht persönlich erreichen, können Sie uns eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen oder uns eine Email schreiben - rund um die Uhr und auch am Wochenende. In diesem Fall tragen wir den Einkommensausfall. Der Ausfall entsteht dadurch, dass

die Krankenkassen den Therapiepraxen für die Ausfallzeit keine Vergütung zahlen. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht oder kurzfristiger als 24 Stunden vorher absagen, stellen wir Ihnen den Einkommensausfall privat in Rechnung. Die Höhe richtet sich nach der nicht gezahlten Vergütung durch die Krankenkassen, sprich die vom Arzt verordnete Therapie. Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen,
Ihre Physiotherapie Roßdorf
(Jenni Eckstein & Team)

Bitte beachten: Alle Nachrichten auf dem Anrufbeantworter und Emails werden auch außerhalb der Sprechstunden zur Kenntnis genommen.

absage@physiotherapierossdorf.de, Tel. 0 61 54 - 8 11 06

Hinweis: Die Regelung zur privaten In-Rechnung-Stellung bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen erfolgt auf Grundlage des §611 / §615 BGB. Hier ist geregelt, dass, wer eine durch einen Dienstvertrag (ein Behandlungsvertrag ist ein solcher) geregelte Leistung (die Behandlung) nicht in Anspruch nimmt, die vereinbarte Vergütung trotzdem zahlen muss.

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Telefon (privat):

Straße / Hausnr.: Telefon (mobil):

PLZ / Ort: Telefon (geschäftl.):

Email-Adresse:

Krankenkasse:

Hausarzt (Name, Adresse):

Versicherter (Vor-, Nachname):

Mitglied Rentner Angehöriger

Zuzahlungen: befreit nicht befreit Beihilfeberechtigt: ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis "Physiotherapie Roßdorf" aufmerksam geworden?

Ich hab die Vereinbarung / Therapie-Absageregung zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese.

In der Praxis "Physiotherapie Roßdorf" werden Patientendaten ausschließlich zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert bzw. das jeweilige Rezept ausschließlich zur Abrechnung an das zuständige Rechenzentrum vertraulich weiter geleitet.

Datum / Unterschrift