

Anmeldeformular (bitte leserlich ausfüllen)

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Mobil Nr. _____

Tel. tagsüber _____

E-Mail _____

Ich habe eine **ärztliche Verordnung**
für die Therapie

Ich habe **keine ärztliche Verordnung**
und bin **Selbstzahler**

Krankenkasse _____

AHV Nr. / Vers Nr. _____

Unfallversicherung _____

Schaden Nr. _____

Unfalldatum _____

Einverständniserklärung

Mein/e Physiotherapeut/in wird von mir bevollmächtigt:

- Medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten auszutauschen.
- Die erforderlichen persönlichen und Behandlungsdaten sowohl an die rechnungsstellende und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, als auch an den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Zum Zweck der Rechnungsstellung sowie der Patientenverwaltung werden sämtliche Daten der Swisscom Health AG bekanntgegeben.

Vereinbarte Behandlungstermine, welche von mir nicht wahrgenommen und nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden, werden mir privat mit 55.00 CHF (ohne Anspruch auf Rückerstattung durch die Versicherung) in Rechnung gestellt. Es ist Schweizer Recht anwendbar.

Datum _____

Unterschrift _____