



## Patienteninformation der Praxis für ganzheitliche Physiotherapie Bitte aufmerksam lesen und unterschreiben!

- Sie haben bei uns die Möglichkeit bis 24 Stunden vor ihrem Termin, diesen **kostenfrei** abzusagen. Sagen Sie nicht rechtzeitig ab, bemühen wir uns Ihren Termin noch zu vergeben. Ist das für uns nicht mehr möglich, bekommen Sie eine **Ausfallrechnung, die Sie privat bezahlen müssen. Nicht wahrgenommene Termine werden nicht von Ihrer Krankenkasse bezahlt.** Für Ihren ausgefallenen Termin vereinbaren Sie bitte mit uns einen neuen Termin.
- Bitte **informieren Sie sich über unsere Preise** an der Tafel im Eingangsbereich oder lassen sich von uns eine Preisliste geben. Wir beantworten gerne Ihre Fragen. Dies gilt insbesondere für Privatpatienten und Selbstzahler.
- Bei **Patienten ohne Rezept**, bitten wir den Behandlungsbetrag direkt in der Praxis zu begleichen.
- **Privatrezepte** können nur berücksichtigt werden wenn sie **vor der Rechnungsstellung** abgegeben werden. Für Rezepte die **danach** abgegeben werden wird eine Bearbeitungsgebühr von **10,00 Euro** erhoben.
- Bitte vereinbaren Sie rechtzeitig **neue Termine** mit uns!
- Bitte denken Sie an die **Rezeptgebühr**, spätestens beim zweiten Behandlungstermin.
- **Osteopathie ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und muss privat bezahlt werden!**
- Sollten Sie eine **Heilpraktiker-Rechnung** benötigen, bitte wir Sie uns dies vor der ersten Behandlung mitzuteilen.
- Wir übernehmen **keine Garantie** dafür, dass die Kassen die Kosten für die **Heilpraktiker-Behandlungen** übernehmen.
- Die Praxis stellt ab 01.07.2018 **keine kostenfreien Laken** mehr für die Behandlung zur Verfügung. Gerne können Sie gegen eine Gebühr ein Laken für die Dauer Ihrer Behandlung bei uns leihen. Die **Leihgebühr für die Dauer der Behandlung beträgt 3 Euro**. Die Leihgebühr wird auch dann fällig, wenn Sie Ihr eigenes Laken am Tag der Behandlung vergessen haben.
- **Wir möchten Sie ermutigen**, sich bei Ihrer Krankenkasse zu informieren welchen Betrag diese gegebenenfalls übernimmt!

Datum .....      Unterschrift des Patienten .....