

Anmeldung

Sehr geehrte*r Patient*In,

Sie vertrauen uns Ihre Füße an. Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus, Sie erleichtern uns dadurch die Arbeit. Alle Angaben sind streng vertraulich. Sie unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name	Vorname
Straße / Hausnr.	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Telefon (tagsüber)
Hausarzt	Krankenkasse
Behandelnder (verordnender) Arzt	ggf. Name des gesetzl. Vertreters

Behandlungsvertrag

Mit der Unterschrift wird eine rechtsverbindliche Behandlungs- und Honorarvereinbarung getroffen. Grundlage ist die aushängende *Preisliste* sowie die *Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB)* der Praxis. Sie sind damit einverstanden, dass die in der Preisliste ausgewiesenen Behandlungskosten als vereinbart gelten. Mit der Abweichung der tatsächlich entstandenen Behandlungskosten von bis zu 25% aufgrund eines erhöhten Behandlungsbedarfes erklären Sie sich einverstanden.

Die Behandlungskosten sind in bar zu begleichen (oder nach Vereinbarung). Darüber wird eine Quittung / Rechnung ausgestellt.

Ohne Heilmittelverordnung (z. B. Diabetiker) ist die gesetzliche Krankenkasse nicht zu einer Kostenübernahme verpflichtet. Bei privater Krankenversicherung gelten die vertraglichen Bedingungen. Der Patient hat die Aufgabe, eine Kostenerstattung im Vorfeld zu klären. Eine nachträgliche Vorlage einer Heilmittelverordnung ist nicht zulässig.

Zur Erleichterung eventueller Terminabsprachen bitten wir Sie folgende Kontaktdaten einzutragen

Telefon privat	Telefon dienstlich
Telefon mobil	E-Mail

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden können.

Dokumentation des Behandlungsverlaufs

Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Therapiedokumentation Bilder (Fotos und/oder Videos) angefertigt und bis zum Abschluss der Therapie in meiner Patientenakte in digitaler Form gespeichert werden. Ein Widerruf der Einwilligung ist jederzeit möglich.

Datenschutz

Die *Patienteninformation zum Datenschutz* ist Bestandteil dieser Vereinbarung, sie gilt somit als dem Patienten ausgehändigt.

Datum	Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreters
-------	--

PodoMOBILität
Ursula Diamantidis (Podologin)
Dümpfener Str. 64
45476 Mülheim a. d. Ruhr
USt-ID: DE321166810

Telefon: 0208 / 7416 4510
Telefax: 0208 / 7416 4511
Mobil: 0157 / 3325 8520
E-Mail: praxis@podomobilitaet.de
Web: www.podomobilitaet.de

Bankverbindung: U. Diamantidis
IBAN: DE08 3625 0000 1175 5996 02
Sparkasse Mülheim | BIC: SPMHDE3EXXX