

Anmeldung



Physiotherapie Reichelt
Oranienstr. 37 | 10999 Berlin
Telefon: 030 - 615 79 95

Einwilligung zur Datenweitergabe

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus.

Name

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Krankenkasse _____ Hausarzt _____

Telefon privat _____ Telefon mobil _____

E-Mail

Zuzahlung: befreit nicht befreit

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internetsuche Facebook Empfehlung Leuchtreklame außen

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24h vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert worden, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine in Höhe von mind. 20 Euro privat in Rechnung gestellt werden. Dies gilt auch bei Absagen im Krankheitsfall.

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____

Abrechnungszentrum:

Noventi Healthcare GmbH
Landsberger Str. 248
12623 Berlin

Lieber Patient,
zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für Ihre in Anspruch
genommenen Therapieleistungen durch o.g. Abrechnungszentrum bearbeitet. Wir bitten Sie
daher, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der
Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst
sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungsdatum und erbrachte
Therapieleistungen.

Hiermit erteile ich der Praxis Reichelt die Einwilligung in die Datenweitergabe zum Zwecke der
Abrechnung.

Name

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen, mit Wirkung für

Datum _____ Unterschrift des Patienten | *gesetzlichen Vertreters _____