

AUFKLÄRUNGSBOGEN

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Ausfallgebühr:

Für einen reibungslosen Praxisablauf ist es wichtig, dass Sie Ihren Termin mindestens 24 Stunden vor Beginn der Behandlung absagen. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass der Termin mit Ihnen direkt vereinbart wurde und uns deshalb im Falle eines kurzfristigen Ausfalls keine spontan Ersatzmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Wir behalten uns als Praxis deshalb vor, gemäß § 615 BGB, Ihnen den dadurch entstandenen Ausfall in Rechnung zu stellen. Die Höhe der Ausfallgebühr orientiert sich je nach Umfang der ausgefallenen Leistung an dem Heilmittelkatalog.

Datenweitergabe/Schweigepflichtsentbindung:

Hiermit entbinde ich die:

Praxis für Physiotherapie und Manuelle Therapie Martina Schmidt & Sören Barkey
Kurfürstenallee 7
28211 Bremen

von Ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass diese gegenüber medizinischen Einrichtungen, Krankenkassen, sowie externe Abrechnungsstellen die erforderlichen Auskünfte erteilt. Ebenfalls bin ich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten - soweit zum Zweck notwendig – an die oben genannten Dienstleister weitergeleitet werden.

Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum und Unterschrift