

# Informationsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Angehörige,  
bitte beantworten Sie folgende Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Behandlung am Ende des Bogens.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. erreichbar: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Gerne senden wir Ihnen Ihre Termine per E-Mail zu. Hierfür geben Sie bitte Ihre **E-Mail Adresse** an:

Versichertenstatus:  Gesetzlich  Privat  Beihilfe

Für gesetzlich versicherte Patienten: Haben Sie für das aktuelle Jahr einen **Befreiungsausweis**:  Ja  Nein

## • Hinweis zu Behandlung und Kostenübernahme bei gesetzlicher Versicherung (gesetzliche Krankenkasse)

Die Behandlung muss spätestens **28 Tage nach Ausstellung** der ärztlichen Verordnung beginnen. Die Verordnung verliert ebenfalls ihre Gültigkeit, wenn die Behandlung länger als **10 Tage unterbrochen** wird. Die Krankenkassen haben eine Sollbehandlungszeit von mindestens 15 Minuten in der physiotherapeutischen Behandlung festgelegt.

Gesetzlich versicherte Patienten ab 18 Jahren haben – sofern sie nicht von der Zuzahlung befreit sind – eine Zuzahlung in Höhe von **10€ je Verordnung zuzüglich 10% des Rezeptwertes** an den Leistungserbringer zu zahlen. Die rehamed GmbH handelt diesbezüglich als Inkassostelle für Ihre Krankenkasse. Bitte begleichen Sie die Zuzahlung spätestens bei Ihrem zweiten Behandlungstermin bar oder mit EC-Karte an der Anmeldung.

## • Hinweis zur Behandlung bei privater Versicherung

Privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten empfehlen wir, die Höhe der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn mit ihrer privaten Krankenkasse/Beihilfestelle zu klären, da jeder Privatversicherte individuelle Erstattungsvereinbarungen mit seiner Versicherung abgeschlossen hat.

- Vereinbarte Behandlungstermine **müssen spätestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt** werden. Falls der Termin nicht fristgerecht abgesagt wird und trotz Bemühungen unsererseits eine Neubelegung nicht möglich ist, müssen wir Ihnen eine **Ausfall-Gebühr von 10 € pro 10 Minuten** reservierter Behandlungszeit in Rechnung stellen.

## Wir freuen uns, dass Sie rehamed für Ihre Behandlung gewählt haben.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Mehrfachnennung möglich)

- |                                                |                                                      |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haus-/Facharzt: _____ | <input type="checkbox"/> Patientenempfehlung         |
| <input type="checkbox"/> Homepage              | <input type="checkbox"/> Krankenkassen               |
| <input type="checkbox"/> Soziale Netzwerke     | <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Tageszeitung          | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____            |

## Den Informationsbogen habe ich gelesen und verstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient / Bevollmächtigter / Sorgeberechtigter)