

Liebe Patientin, lieber Patient!

Vor Beginn Ihrer Behandlung möchte ich Sie auf einige wichtige Punkte hinweisen.

Ihre Beschwerden sollten vor der Behandlung unbedingt fachärztlich abgeklärt sein.

Sollten Sie Medikamente einnehmen, insbesondere Antikoagulantien (Blutgerinnungshemmer wie z.B. Marcumar, ASS o.ä.), so teilen Sie mir das unbedingt vor der Behandlung mit.

Die Behandlungen können zum Teil schmerzhaft sein. Insbesondere die aktive Schmerzpunktbehandlung und die Bindegewebsbehandlung können sehr schmerzen und es kann auch einige Tage nach der Behandlung noch zu Berührungsempfindlichkeiten oder auch muskeltaterähnlichen Symptomen an den behandelten Körperstellen kommen. Es ist auch möglich, dass sich an den behandelten Stellen vorübergehend blaue Flecken oder Schwellungen bilden. Diese „Nachwehen“ sind unbedenklich und verschwinden i.d.R. nach ein paar Tagen.

Bei bestimmten Störungen (z.B. Fehlhaltungen, Bindegewebsveränderungen) werde ich Fotos oder kleine Filme von Ihnen oder von einzelnen Ihrer Körperteile anfertigen und diese zu Dokumentationszwecken abspeichern. Dabei werden die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz strikt eingehalten. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

Für Ihre Behandlungen erhalten Sie jeweils eine Rechnung bzw. Quittung.

Die Kosten pro Behandlungsstunde belaufen sich auf € 90,00. Die privaten Krankenkassen oder Zusatzversicherungen übernehmen die Kosten nur in seltenen Fällen. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass unabhängig von eventuell abweichenden Erstattungsbeiträgen Ihrer Versicherung stets der volle Rechnungsbetrag zur Zahlung fällig ist.

In dieser Praxis können Termine nur nach Vereinbarung wahrgenommen werden. Ich halte Ihnen diese zuverlässig frei, kann Sie aber, wenn sie kurzfristig abgesagt werden, in aller Regel nicht neu belegen. Daher stelle ich Ihnen für Termine, die Sie ohne vorherige Absage nicht wahrnehmen oder erst am Tag selbst absagen, das Honorar in voller Höhe in Rechnung. Für Termine, die nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden, beträgt das Ausfallhonorar € 50,00/Stunde – es sei denn, ich kann den Termin noch anderweitig belegen.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie mir die Genehmigung zur Erfassung und Speicherung Ihrer personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Erstellung von Diagnosen, Behandlungsplänen sowie zur Abrechnung erbrachter Leistungen gemäß §3 (insbes. Abs. 9) und §4 BDSG.

Mit freundlichen Grüßen

Beate Fischer-Angerbauer

Gelesen und zur Kenntnis genommen durch

Name (in Druckbuchstaben) _____

Unterschrift _____

Vilshofen, den _____

POHLTHERAPIE VILSHOFEN

Beate Fischer-Angerbauer
Fischeröd 26
94474 Vilshofen an der Donau

Fon 08541 9674823
praxis@pohltherapie-vilshofen.de
www.pohltherapie-vilshofen.de

Anmeldeformular (Bitte vollständig ausfüllen!)

Name und Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Telefonnummer

Email-Adresse

Geburtsdatum

POHLTHERAPIE VILSHOFEN

Beate Fischer-Angerbauer
Fischeröd 26
94474 Vilshofen an der Donau

Fon 08541 9674823
praxis@pohltherapie-vilshofen.de
www.pohltherapie-vilshofen.de