**Krankheitsfälle werden dem Kunden direkt verrechnet**, jedoch unterliegt die Physiotherapie der allgemeinen Grundversicherung und der Leistungspflicht Ihrer Krankenkasse, somit können Sie die Kosten bei Ihrer Krankenkasse wieder einfordern.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Für Termine, die nicht eingehalten werden, bitte ich Sie 24h vorher abzusagen, falls dies nicht geschieht, werden Ihnen CHF 60.— verrechnet, diese werden von der Krankenkasse/Unfallversicherung nicht übernommen.**  Hiermit erlaube ich der Physiotherapie DST fachspezifischen und diagnoseorientierten Email-Kontakt mit dem betreuenden/verordnenden Arzt. Zudem bin ich einverstanden, dass die Abrechnung der physiotherapeutischen Leistungen auf dem elektronischen Weg direkt an mich gesandt wird. | | | | |
|  |  |  |  |  |

**VOLLSTÄNDIG IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN BITTE - DANKE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Name, Vorname | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
| Geburtsdatum: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
| Strasse: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
| Plz/Ort | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
| Email: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
| Tel. P: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
| Mobile: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  |  | | |  |
| E-banking (für elektronische Abrechnung) | JA 🞎 NEIN 🞎 | | |  |
|  |  |  |  |  |
| Zuweisender | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
| Arzt: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  |  |  |  |  |
| Datum |  |  |  |  |
| Unterschrift: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |