

Anamnese & Information

NAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

EMAIL: _____

TELEFON: _____

TÄTIGKEIT: _____

HAUPTBESCHWERDEN - SEIT WANN - WARUM - INTENSITÄT (0-10)



BEFUND - SONSTIGES - THERAPIE (VOM THERAPEUTEN AUSZUFÜLLEN)



ABLAUF - ORGANISATION - KOSTEN

Bitte mitbringen: OP-/Arztbericht/Röntgenbild, ein Handtuch und lockere Kleidung.

Sollten wir telefonisch nicht erreichbar sein, bitten wir Sie, uns auf den AB zu sprechen oder eine E-Mail zu schreiben.

Termine bitte 24 Stunden vorher absagen, damit wir diese weiter vergeben können. Kurzfristig abgesagte Termine können mit einer Ausfallpauschale berechnet werden.

Gesetzlich Versicherte bezahlen eine einmalige Rezeptgebühr pro Verordnung.
Privat und Beihilfe Versicherten wird die Behandlung privat in Rechnung gestellt.
Kosten für KG oder MT liegen aktuell bei 40€. Bitte beachten Sie, dass Ihre Versicherung möglicherweise den Rechnungsbetrag nicht zu 100% erstattet.

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT: _____