

Anmeldeformular (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name	Vorname	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>
Adresse	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	E-Mail	Telefon Handy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	Arbeitgeber/Ort	Telefon Privat/Geschäft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt/-ärztin	Zuweisende(r) Ärztin/ Arzt	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Krankenkasse	Versichertenkarten-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Unfallversicherung	Fall-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

- Ich bin Selbstzahler. Ich wurde über die Konditionen und Preisgestaltung transparent informiert. Ich willige hiermit ein, die Rechnung als Selbstzahler auf eigene Kosten zu übernehmen. Eine allfällige Weiterleitung an einen Kostenträger erfolgt nicht zu Lasten des Leistungserbringers.

Einverständniserklärung

Die Physiotherapie van Egmond wird von mir bevollmächtigt

- medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten auszutauschen.
- die erforderlichen persönlichen und Behandlungsdaten sowohl an die rechnungsstellende und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, als auch an den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Vereinbarte Behandlungstermine, welche von mir nicht wahrgenommen und nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden, werden mir privat (ohne Anspruch auf Rückerstattung durch die Krankenkassen) in Rechnung gestellt.

Es ist Schweizer Recht anwendbar.

- Die Angaben wurden wahrheitsgetreu gemacht und die Einverständniserklärung habe ich gelesen.

Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>