**Anmeldeformular Therapie** *(bitte vollständig ausfüllen)*

***Persönliche Angaben:***

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name | | Vorname | |
| Adresse (inkl. Hausnummer) | | PLZ / Wohnort | |
| Geburtsdatum | | Geschlecht | ☐ w ☐ m |
| Beruf | | Hausarzt | |
| Erreichbarkeitsnummer | | | |
| E-Mail **(Die angegebene E-Mailadresse ist Ihr Cenplex Booking Zugang)** | | | |

Hatten Sie in diesem oder im letzten Jahr bereits Physiotherapiesitzungen?

☐Nein
☐Ja Anzahl Sitzungen: …
Diagnose /Beschwerde-Region:…
Wo? (Name der Praxis): …

☐ **Physiotherapie (mit ärztlicher Verordnung)** ☐ **Privat**

***Alle Angaben sind zwingend auszufüllen für Physiotherapie:***

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Krankheit<br>☐ Unfall | Krankenkasse (Name) | |
| | Kartennummer | 807…… |
| | Unfallkasse | |
| | Unfall Datum | |
| | Unfallnummer | |

**Notfallkontakt:**

| | |
|---|---|
| Nachname / Vorname / Beziehung (z.B. Mutter/Vater, Lebenspartner/in, etc.) | |
| Erreichbarkeitsnummer | |

**Einverständniserklärung:**

Mein/e Therapeut/in 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 48 Stunden (zwischen Montag und Freitag) vor dem Termin abgesagt wurden, werden privat (ohne Anspruch auf Rückerstattung durch die Krankenkassen) in Rechnung gestellt. Terminabsagen wenn Ihr(e) Therapeut(In) erkrankt ist, erfolgen via E-Mail, sofern Sie uns eine E-Mailadresse angegeben haben. Wenn Sie uns nur eine Handynummer angeben haben, erfolgen die Terminabsagen via SMS.
Es ist Schweizer Recht anwendbar. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass die Angaben wahrheitsgetreu gemacht wurden und ich die Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe. Ebenso habe ich die neuen Datenschutzbedingungen, welche am Empfang aufgehängt sind, gelesen und akzeptiert. Änderungen an den oben gemachten Angaben bitte innerhalb von 14 Tagen mitteilen.

| | |
|---|---|
| Ort und Datum | |
| Unterschrift<br>(Bei minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten) | |