



Informationen für Sie

Wenn Sie eine physiotherapeutische Heilmittelverordnung erhalten, vergütet diese die Behandlung, Befunderhebung, das Erstellen eines individuellen Behandlungsplans, Beratung und jegliche Dokumentation. Wichtig ist, dass die Heilmittelverordnung vor Behandlungsbeginn korrekt ausgestellt sein muss.

Vergütete Zeiteinheiten für gesetzliche Heilmittelverordnungen

HEILMITTEL	ZEIT IN MINUTEN
· Krankengymnastik (KG) _____	15
· Manuelle Therapie (MT) _____	15
· Klassische Massagetherapie (KMT) _____	15
· Krankengymnastik für das zentrale Nervensystem (KG ZNS) bei Erwachsenen _____	25
· Krankengymnastik für das zentrale Nervensystem (KG ZNS) bei Kindern _____	30

Sie können Ihre Behandlungszeit auf eigene Kosten nach Wunsch verlängern. Wir beraten Sie gerne, sprechen Sie uns einfach an.

Zuzahlungspflicht

Bei der Inanspruchnahme von Heilmitteln besteht für gesetzlich Krankenversicherte ab dem 18. Lebensjahr nach § 32 SGB V und § 61 SGB V eine Zuzahlungspflicht. Diese Zuzahlung setzt sich zusammen aus 10% je Leistung und 10,- € pro Verordnung. Eine generelle Zuzahlungsfreiheit besteht für Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre. Daneben ist unter bestimmten Bedingungen eine Befreiung von der Zuzahlung möglich (§ 62 SGB V). Näheres dazu können Sie bei Ihrer Krankenversicherung erfahren.

GESETZL. VERTRETER*IN

Terminabsage

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die Therapieeinheiten erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können Ihnen in Rechnung gestellt werden. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei an Ihrer Therapie. Die durch den Behandlungsausfall ersparten Aufwendungen werden Ihnen natürlich in Abzug gebracht.

Datensicherung und Datenweitergabe zur Abrechnung

Ihre persönlichen Daten werden nach Vorschrift und entsprechend den Datenschutzrichtlinien verarbeitet und gespeichert. Für die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen arbeiten wir mit der BSF Abrechnungs GmbH zusammen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert und für die Abrechnung an die BSF Abrechnungs GmbH weitergeleitet werden dürfen.

→ Einverständniserklärung

Ich habe die allgemeinen Informationen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Eine Ausfertigung dieser Informationen ist mir ausgehändigt worden.

NAME/VORNAME PATIENT*IN

UNTERSCHRIFT MITARBEITER*IN

