



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

Ihnen ist die Therapiezeit zu kurz? Kein Problem – verlängern Sie spontan und einfach Ihre Behandlungszeit. Sprechen Sie uns gerne 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.

Terminabsage

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die mit Ihnen abgestimmte Therapiezeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir akzeptieren Terminabsagen 24/7 per Telefon und E-Mail. Haben wir weniger als 24 Stunden Planungsvorlauf, kann eine Abwesenheitspauschale in Höhe Ihres Therapiewertes berechnet werden.

Datensicherung und Datenweitergabe zur Abrechnung

Ihre persönlichen Daten werden nach Vorschrift und entsprechend den Datenschutzrichtlinien verarbeitet und gespeichert.

→ 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 PATIENT*IN/GESETZL. VERTRETER*IN

