

## Formular – Betreuerangaben, Zuzahlung & Verordnungsmanagement

### Patient/in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift (Hausadresse): \_\_\_\_\_

Anschrift (Altenheim): \_\_\_\_\_

### 1. Angaben zur betreuenden Person / Ansprechpartner

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

- Angehörige/r (Familie)  
 Gesetzliche/r Betreuer/in

## 2. Zuzahlungsregelung

- Patient/in ist **zuzahlungsbefreit** (Nachweis liegt vor)
- Patient/in ist **zuzahlungspflichtig**

In diesem Fall erfolgt die Zahlung durch:

- Patient/in selbst (z. B. per Lastschrift / Barzahlung)
- Angehörige / Betreuer/in (Überweisung)

Hinweis: Die gesetzliche Zuzahlung ist zu Beginn der Behandlungsserie zu entrichten.

### Privatversicherte:

Privatversicherte Patient/innen schließen **zu Beginn der Behandlung** einen **Behandlungsvertrag** mit der Praxis ab.

Die Abrechnung und Zahlungsmodalitäten werden individuell geregelt.

## 3. Verordnungsmanagement

Bitte wählen Sie eine der folgenden Optionen:

### **Eigenständige Organisation**

Die Beschaffung und Verwaltung weiterer Verordnungen erfolgt durch Patient/in / Angehörige / Betreuer/in.

### **Übertragung an die Praxis**

Die Physiotherapie Postrach wird beauftragt, in Absprache mit der Arztpraxis die Verordnungen zu organisieren (inkl. Bestellung und Abholung).

Mir ist bekannt, dass hierfür ggf. Rücksprachen mit Arztpraxis und Krankenkasse erfolgen.

## Einwilligung

Ich bestätige die oben gemachten Angaben und erkläre mich mit der gewählten Vorgehensweise einverstanden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in / Betreuer/in: \_\_\_\_\_

Physiotherapie Postrach  
**Chiemgaustraße 21 · 84503 Altötting**  
**Tel.: 08671 / 507 23 35 · [info@physio-postrach.de](mailto:info@physio-postrach.de)**

Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung unter

Mit freundlichen Grüßen  
Physiotherapie Postrach

Tel.: 08671 / 507 23 35

[info@physio-postrach.de](mailto:info@physio-postrach.de)