

Betreuerangaben, Zuzahlung & Verordnungsmanagement

Organisatorische Information: Zur Sicherstellung eines reibungslosen Behandlungsablaufs bitten wir Sie, die folgenden Angaben vollständig auszufüllen.

Dieses Formular dient der organisatorischen Klärung von:

- Zuständigkeiten bei Betreuung und Ansprechpartnern
- gesetzlicher Zuzahlung bei Heilmittelverordnungen
- Organisation und Beschaffung weiterer Verordnungen

Bitte beachten Sie:

Viele Patient/innen und Angehörige werden im Vorfeld nicht ausreichend über die gesetzliche Zuzahlungspflicht sowie über Abläufe bei Folgeverordnungen informiert.

Mit diesem Formular möchten wir frühzeitig Transparenz schaffen und Missverständnisse vermeiden.

Die Angaben helfen uns, den organisatorischen Ablauf Ihrer Behandlung korrekt und in Ihrem Sinne zu gestalten.

Patient/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Hausadresse): _____

Anschrift (Seniorenheim): _____

1. Betreuung / Ansprechpartner

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wer organisiert Behandlung / Unterlagen / Abrechnung?

- Patient/in selbst
 - Angehörige/r
 - Gesetzliche/r Betreuer/in
-

2. Zuzahlung zur gesetzlichen Verordnung

Hinweis:

Für gesetzlich versicherte Patient/innen besteht grundsätzlich eine gesetzliche Zuzahlungspflicht, sofern keine Befreiung vorliegt. Die gesetzliche Zuzahlung ist zu Beginn der Behandlungsserie fällig.

Befreiung

- Patient/in ist zuzahlungsbefreit
(Nachweis liegt vor)

Zahlungspflicht

- Patient/in ist zuzahlungspflichtig

Die Zahlung erfolgt durch:

- Patient/in selbst

Zahlungsart:

- Bewohnerkonto im Seniorenheim
- Barzahlung
- Überweisung

- Angehörige / Betreuer/in

Zahlungsart:

- Überweisung
-

3. Privatversicherung

Patient/in ist privatversichert

Hinweis:

Privatversicherte schließen vor Behandlungsbeginn einen Behandlungsvertrag mit der Praxis ab.
Die Abrechnung erfolgt individuell.

4. Verordnungsmanagement

Wer kümmert sich um weitere Verordnungen?

Patient / Angehörige / Betreuer organisiert selbst

Praxis übernimmt die Organisation mit der Arztpraxis
(inkl. Bestellung und Abholung nach Absprache)

Ich bin damit einverstanden, dass hierfür Rücksprachen mit Arztpraxis, Krankenkasse sowie im Rahmen der Verordnungsorganisation erforderliche Bestellungen und Abholungen erfolgen dürfen.

Bestätigung

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und bin mit der gewählten Vorgehensweise einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in _____

Unterschrift Betreuer/in: _____

Physiotherapie Postrach
Chiemgaustraße 21, 84503 Altötting
Tel.: 08671 / 507 23 35
E-Mail: info@physio-postrach.de