

**PERSONALIEN**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ / Ort

Beruf

**KONTAKTDATEN**

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobile

E-Mail

**ARBEITGEBER**

Name

Adresse

PLZ / Ort

**Diagnose:** \_\_\_\_\_**Behandlung läuft über:** **KRANKHEIT**

Name der Krankenkasse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Versicherten-Nummer/ Kundennummer:

\_\_\_\_\_

AHV – NR. (MUSS AUSGEFÜLLT SEIN)

756. \_\_\_\_\_

 **UNFALL** Ich habe die Unfalldeckung bei der Krankenkasse.

Name der Unfallversicherung/ Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

Unfalldatum:

\_\_\_\_\_

Schadenummer und AHV – NR.:

\_\_\_\_\_

756. \_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich folgendes zur Kenntnis zu nehmen:****Im Falle einer versäumten Konsultation (<24 h vorher absagen) wird der volle Betrag verrechnet.****Kosten welche die Krankenkasse oder Unfallversicherung nicht übernimmt werden Privat in Rechnung gestellt.****Die Rechnungskopie erhalten Sie per Mail.**

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liebe Patienten.

Beim ersten Termin bitten wir Sie die vom Arzt ausgestellte Verordnung für Physiotherapie mitzubringen.

Bitte melden Sie sich beim ersten Termin beim Empfang der Physiotherapie an.

Bringen Sie bitte folgendes zu Ihrem Physiotherapietermin mit:

- saubere Turnschuhe
- bequeme Sportkleidung (kurze Hose und T-Shirt)
- ein grosses Handtuch
- Mundschutz

Eine Garderobe mit Dusche ist bei uns vorhanden.

Bitte zögern Sie nicht uns zu kontaktieren, wenn noch Fragen da sind.

Besten Dank

Ihr Orthophysio Team