



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße + Nr.: _____ PLZ + Ort: _____
 Krankenkasse: _____ E-Mail: _____
 Telefon: _____ Mobil: _____

Um vorab Ihre Therapie nach Ihren Wünschen planen zu können, streichen Sie in nachfolgender Tabelle bitte die Zeiten, die bei Ihnen **nicht** möglich sind:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
7:00					
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					

Arbeiten Sie im Schichtdienst: ja nein Sind Sie flexibel: ja nein , Ausnahmen:

Die **Rezeptgebühr** ist bei der **1. Behandlung** zu entrichten. Bei vorzeitigem Behandlungsabbruch wird bei Vorlage der Quittung, die zu viel entrichtete Gebühr zurückerstattet.

Sind Sie von der gesetzlichen Rezeptgebühr befreit? Ja Nein

Bitte bringen Sie zu Ihrer Behandlung ein **großes (Bade-)/Handtuch, bequeme Kleidung und eventuell Hallensportschuhe** mit. Wir bitten Sie zu beachten, dass Rezepte **spätestens** 28 Tage nach Ausstellungsdatum begonnen werden müssen und **maximal** 14 Tage unterbrochen werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert und damit einverstanden, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mir privat, in Höhe von 15€ je 30 Minuten, in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die ORTEMA GmbH Auskünfte über Behandlungstermine an anfragende Familienangehörige erteilen darf. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die ORTEMA meine Verordnung an den Kostenträger und die verordnete Einrichtung faxen oder per E-Mail versenden darf und dass ich Terminpläne per E-Mail erhalte.

Mir ist bewusst, dass dies unverschlüsselt geschieht und meine Daten von Dritten mitgelesen werden können.
 Ja Nein

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____