



## Patienten – Anmeldung

Sehr geehrte/r Patient/in,  
bitte füllen Sie die Anmeldung vollständig aus.

Zu Abrechnungszwecken werden Ihre Patientendaten in der EDV gespeichert. Vielen Dank!

### Persönliche Angaben:

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

ggf. Adresszusatz (z. B. „bei Mustermann“): \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie uns möglichst viele Telefonnummern an, damit wir Sie im Falle einer Terminverschiebung o. ä. erreichen können.

### Angaben zur Krankenversicherung:

Ich bin über eine Private Krankenversicherung versichert Beihilfe: ja  nein

Sind Sie selbst in der privaten Krankenversicherung versichert oder über ein Familienmitglied?

selbst versichert  über ein Familienmitglied/Name des Mitglieds: \_\_\_\_\_

Haben Sie bei Ihrer privaten Krankenversicherung den „Basistarif“ gewählt?  ja  nein

Ich bin über eine Gesetzliche Krankenkasse (GKV) versichert

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sind Sie von der gesetzlichen Zuzahlung befreit?  ja (bitte Befreiungsausweis vorlegen)  nein

Bei einer Befreiung von der Zuzahlungspflicht sind Sie als Patient dazu angehalten, unaufgefordert einen entsprechenden Nachweis in Form eines gültigen Befreiungsausweises vorzulegen. Liegt uns der Befreiungsausweis bei Beginn der Behandlung nicht oder noch nicht vor, haben wir als Einrichtung Anspruch darauf, die Zuzahlung von Ihnen einzufordern. Bei erfolgter Befreiung können Sie sich die geleistete Zuzahlung gegen Vorlage der Quittung von Ihrer Krankenkasse zurück erstatten lassen.

Bitte achten Sie auch insbesondere beim Jahreswechsel darauf, uns unaufgefordert einen neuen Befreiungsausweis vorzulegen.

Haben Sie bei Ihrer GKV das „Kostenerstattungs-Modell“ gewählt?  ja  nein

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher persönlich, telefonisch, per Faxmitteilung oder per E-Mail an: [rezeption@reha-hammonia-bad.de](mailto:rezeption@reha-hammonia-bad.de) ab, andernfalls müssen wir Ihnen die Termine privat in Rechnung stellen. Außerhalb unserer Öffnungszeiten läuft durchgehend ein Anrufbeantworter, auf dem Sie ggf. eine entsprechende Nachricht hinterlassen können. Das Faltblatt „Patienteninformation“ wurde mir ausgehändigt. Die Hausordnung und AGB der RZH Reha-Zentrum im Hammonia Bad GmbH erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

**Bestätigung: Mir ist bekannt, dass ich Termine, die ich nicht einhalten kann, mindestens 24 Stunden vorher absagen muss. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir nicht wahrgenommene oder nicht in der oben angegebenen Frist abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.**

Hamburg, d. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten