



A. PATIENTENINFORMATIONEN

Datum: _____

Patientenname:

Vorname: _____ **Name:** _____

Geburtsdatum: Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____

Ist der Klient/ die Klientin ein Kind Nein _____ Ja _____

(Falls ja, bitte Name, Adresse und Telefonnummer des Erziehungsberechtigten angeben, der rechtlich für die Zahlungen verantwortlich ist. Falls keine rechtlichen Dokumente vorliegen, muss die Zahlung zum Zeitpunkt der Dienstleistung von dem Erwachsenen, der das minderjährige Kind begleitet, geleistet werden.)

Postanschrift:

Straße: _____ **Nummer:** _____

Stadt: _____ **PLZ:** _____

Heimatadresse:

Straße: _____ **Hausnummer:** _____

Stadt: _____ **PLZ:** _____

E-Mail Adresse: _____

Mobilefunknummer: _____

Festnetznummer: _____

Geschäftliche Nummer: _____

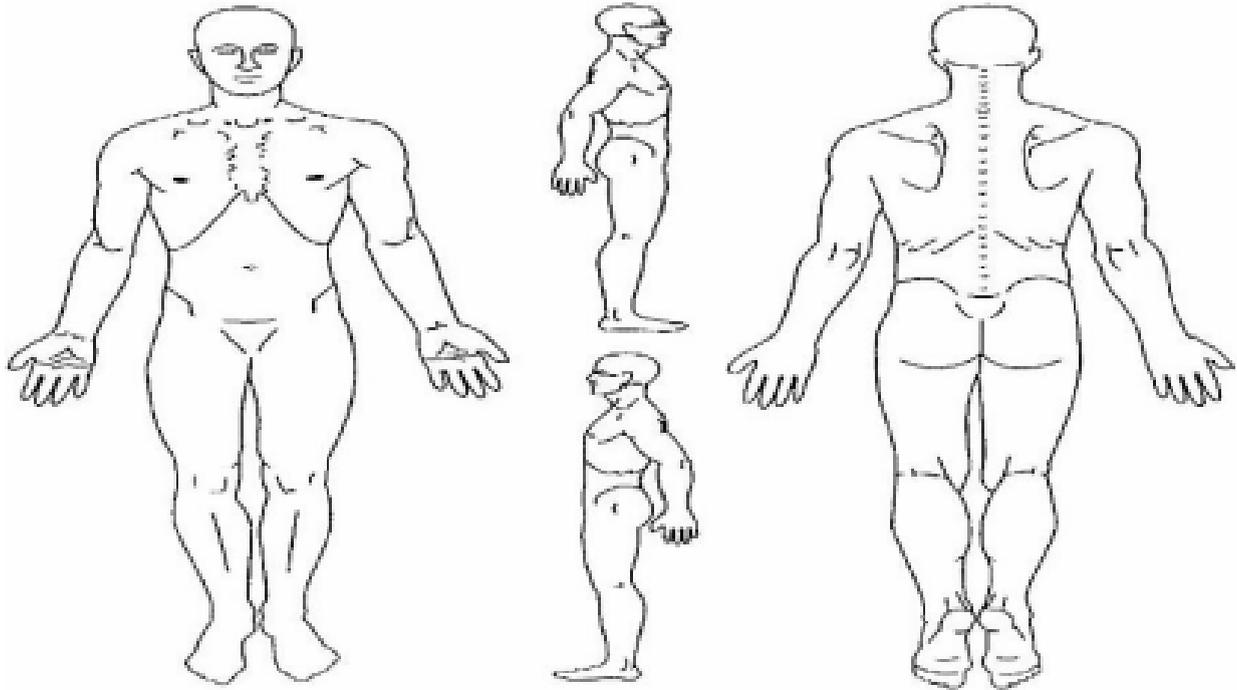
Notfallkontakt: _____ **Telefonnummer:** _____

Wie haben Sie von uns gehört?



B. Informationen zu ihren Beschwerden

Kreisen Sie den Schmerzbereich ein:



Durchschnittliche Schmerzintensität:

Letzte 24 Std.: keine Schmerzen **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** starke Schmerzen

Letzte Woche: keine Schmerzen **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** starke Schmerzen

Verbessert irgendetwas Ihre Schmerzen? Ja Nein

Wenn Ja, bitte auflisten: _____

Wann haben Ihre Symptome begonnen? _____

Sind Ihre Symptome das Ergebnis von:
Autounfall / Arbeitsunfall / Sonstiges: _____

Wie haben Ihre Symptome begonnen? _____

Wie oft erleben Sie Ihre Symptome?

Ständig (76-100% des Tages)

Häufig (51-75% des Tages)

Gelegentlich (26-50% des Tages)

Intermittierend (0-25% des Tages)

Wie würden Sie die Natur Ihrer Symptome beschreiben?

Scharf / Schmerz / Taub / Brennend / Kribbelnd / Pulsierend / Sonstiges: _____

Patientenname: _____ **Datum:** _____



Zahlungsvereinbarung

Vielen Dank, dass Sie sich für **ARC American Ramstein Chiropractic**, Ihren Chiropraktiker-Anbieter entschieden haben. Wir sind bestrebt, Ihnen eine qualitativ hochwertige und erschwingliche Gesundheitsversorgung zu bieten. Aufgrund einiger Fragen unserer Patienten zur Patienten und Versicherungsverantwortung für erbrachte Leistungen wurde uns empfohlen, diese Zahlungsrichtlinie zu entwickeln. Bitte lesen Sie es durch, stellen Sie etwaige Fragen und melden Sie sich im untenstehenden Feld an. Auf Anfrage wird Ihnen eine Kopie zugesandt.

1. **VERSICHERUNG.**

Wir beteiligen uns an den meisten Amerikanische Versicherungsplänen. Wenn Sie nicht durch einen Plan versichert sind, an dem wir teilnehmen, wird bei jedem Besuch die vollständige Zahlung erwartet. Wenn Sie über Tarif versichert sind, an dem wir teilnehmen, Sie aber nicht über eine aktuelle Versicherungskarte verfügen, ist die vollständige Zahlung für jeden Besuch erforderlich, bis wir Ihren Versicherungsschutz überprüfen können. Da Sie wissen, dass Ihre Versicherungsleistungen in Ihrer Verantwortung liegen, wenden Sie sich bei Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz bitte an Ihre Versicherungsgesellschaft. Wenn Ihre Versicherungsgesellschaft eine Überweisung verlangt, liegt es in Ihrer Verantwortung, uns vor Ihrem ersten Besuch eine Überweisung Ihres Hausarztes vom Tag Ihres ersten Besuchs vorzulegen. Wir können Ihnen nur eine Zusammenfassung Ihrer chiropraktischen Vorteile geben.

2. **ZUZAHLUNG UND SELBSTBEHALT.**

Sämtliche Zuzahlungen und Selbstbehalte müssen zum Zeitpunkt der Leistungserbringung beglichen werden. Diese Regelung ist Bestandteil Ihres Vertrages mit Ihrer Versicherung. Das Versäumnis unsererseits, Zuzahlungen und Selbstbehalte von Patienten einzuziehen, kann als Betrug gewertet werden. Bitte helfen Sie uns bei der Einhaltung des Gesetzes, indem Sie bei jedem Besuch Ihre Zuzahlung leisten.

3. **VERSICHERUNGSNACHWEIS.**

Alle Patienten müssen unser Patienteninformationsformular ausfüllen, bevor sie durch uns behandelt werden. Als Versicherungsnachweis benötigen wir Ihre aktuelle Versicherungskarte. Wenn Sie uns nicht rechtzeitig die korrekten Versicherungsinformationen zur Verfügung stellen, sind Sie möglicherweise für den Restbetrag eines Anspruchs verantwortlich.

4. **ANTRAGSEINREICHUNG.** Wir werden Ihre Ansprüche einreichen und Ihnen auf jede erdenkliche Weise helfen, Ihren Anspruch bezahlt zu bekommen. Ihre Versicherungsgesellschaft benötigt möglicherweise bestimmte Informationen direkt von Ihnen. Es liegt in Ihrer Verantwortung, diesen Anforderungen nachzukommen. Bitte beachten Sie, dass der Restbetrag Ihres Anspruchs in Ihrer Verantwortung liegt, unabhängig davon, ob Ihre Versicherung den Anspruch bezahlt oder nicht. Ihre Versicherungsleistungen sind ein Vertrag zwischen Ihnen und Ihrer Versicherungsgesellschaft; wir sind keine Vertragspartei dieses Vertrages.

5. **VERSICHERUNGSÄNDERUNGEN.** Wenn sich Ihre Versicherungsdeckung ändert, benachrichtigen Sie uns bitte vor Ihrem nächsten Besuch, damit wir die entsprechenden Änderungen vornehmen können, um Ihnen den maximalen Nutzen zu verschaffen. Wenn Ihre Versicherungsgesellschaft Ihren Anspruch innerhalb von 90 Tagen nicht bezahlt, wird der Restbetrag automatisch Ihnen in Rechnung gestellt.

6. **VERPASSTER TERMIN.**

Unsere Richtlinie sieht vor, dass nach einem verpassten Termin, der nicht 24 Stunden im Voraus abgesagt wurde, eine Gebühr von 20,00 € erhoben wird. Die Kosten gehen zu Ihren Lasten und werden Ihnen direkt in Rechnung gestellt. **Bitte helfen Sie uns dabei, Ihnen einen besseren Service zu bieten, indem Sie Ihren regulären Termin einhalten.**

Unsere Praxis ist bestrebt, unseren Patienten die bestmögliche Behandlung zu bieten. Unsere Preise entsprechen den üblichen und ortsüblichen Gebühren für unsere Region.

Ich bestätige, dass ich die oben aufgeführten Zahlungsvereinbarungen gelesen und verstanden habe und stimme den Bedingungen zu.

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigter

Datum