

Aufnahmebogen (Registration Form)

Wir bitten Sie, den Aufnahmebogen sorgfältig auszufüllen. Dies ermöglicht uns, genau auf Ihre Anliegen einzugehen. Bei Fragen steht Ihnen das Ordinationsteam gerne zur Verfügung.
(Please complete this form carefully. If you have any questions, feel free to ask our team at the front desk.)

Herr (Mr)

Frau (Ms/Mrs)

Divers (non-binary)

Akademischer Grad (Academic Degree)

Vorname (First Name)

Nachname (Last Name)

Wohnadresse, Postleitzahl und Ort (Address, Zip Code, City and Country if outside Austria)

Telefon (Phone)

E-Mail (Email)

Geburtsdatum (Date of Birth)

Versicherungsnummer (Insurance Policy Number)

Krankenkasse (Insurance Company)

Wenn Sie möchten, dass wir Ihre Honorarnote für Sie einreichen, füllen Sie bitte diesen Teil vollständig aus:

Versicherungsnummer (Insurance Policy Number)

Krankenkasse (Insurance Company)

Kontodaten IBAN (Bank Account Details IBAN)

Kontodaten BIC (Bank Account Details BIC)

Falls Sie als Patient mitversichert sind, benötigen wir folgende Daten des Hauptversicherten:

Vorname (First Name)

Nachname (Last Name)

Versicherungsnummer (Insurance Policy Number)

Krankenkasse (Insurance Company)

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Gemeinsam für Ihre Gesundheit

Ziel ist es, Ihnen im Rahmen unseres Ordinationsbetriebes eine umfassende medizinische Betreuung und eine dauerhafte Linderung Ihrer Beschwerden zu ermöglichen. Wir sind darum bemüht, Ihnen nicht nur ausreichend Zeit für die Besprechung Ihrer Anliegen zu geben, sondern Sie auch medizinisch optimal zu versorgen.

Soweit es uns möglich ist, werden wir auf Ihre Bedürfnisse und Ansprüche Rücksicht nehmen und dafür sorgen, dass unsere Behandlung und Betreuung nicht an der Ausgangstür endet.

Das **medsyn Ärzte- und Therapiezentrum** ist eine private und wahlärztliche Gesundheitseinrichtung. Das bedeutet, die Bezahlung der Behandlung erfolgt gemäß der jeweils gültigen Tarife. Die Behandlungshonorare sind in bar oder mit Bankomat- bzw. Kreditkarte zu begleichen.

Wir stellen Ihnen Rechnungen aus, die so detailliert die Leistungen aufschlüsseln, dass Sie diese problemlos bei Ihrer Krankenkasse einreichen können. Abhängig von Ihrer Versicherung kann Ihnen ein Teil der Kosten zurückerstattet werden.

Wir bitten Sie, gegebenenfalls Ihren Termin bei uns spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diesen Termin noch an andere Patienten vergeben können. Andernfalls kann es sein, dass wir den verabsäumten Termin in Rechnung stellen müssen.

Vor dem Durchführen einzelner Behandlungen, wie Infiltrationen, Infusionen, Stosswellentherapie, Akupunktur, u. ä., werden Sie ausführlich über mögliche Begleiterscheinungen und Risiken aufgeklärt. Diese Behandlungen werden nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis durchgeführt.

Please take a moment to read the following.

Together For Your Health

At **medsyn** we offer comprehensive medical care to address your health problems. We set aside enough time to discuss your concerns in detail in order to provide the best possible medical care. We will do our best to consider any needs and requirements you might have and make sure that your treatment is as complete as possible.

medsyn Ärzte- und Therapiezentrum is a private medical facility. This means you will be charged for your treatments according to our current rates. You may pay in cash or with a debit or credit card. Our detailed invoices make it easy for you to submit them to your insurance company.

Depending on your insurance, you may be partially reimbursed for your expenses. If you have to cancel your appointment, please make sure to do so 24 hours in advance so that we can treat another patient instead. If you do not cancel within the 24-hour period, we reserve the right to bill you for the missed appointment.

Prior to certain treatments, such as infiltrations, infusions, shock wave therapy, acupuncture, we will carefully inform you about possible risks and side effects. These treatments will be performed only with your consent.

Datenschutzvereinbarung gemäß der österreichischen Datenschutz Grundverordnung (DSGVO)

Ich willige ein, dass meine Daten von medsyn zum Zweck der medizinischen Behandlung verarbeitet und gespeichert werden.
Ohne Ihre Zustimmung ist es uns nicht möglich, Sie zu behandeln.

*I consent to my data being processed and stored for medical purposes.
Without your consent, we will not be able to offer any treatment.*

Ich willige ein, dass mir medsyn per E-Mail/Telefon/SMS medizinische Informationen und Terminerinnerungen sendet.

I consent to medsyn sending me medical information and appointment reminders by email or text message.

Sie können jederzeit diese erteilten Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich abändern.

Your consent can be revoked at any time.

Datum (Date)

X

Unterschrift (Signature)