

## Einverständniserklärung und Leistungsbedingungen

<b>Patientenname (Nachname, Vorname, Initialen zweiter Vorname)</b>	<b>Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)</b>	<b>(Nur zur Verwendung im Büro) Initialen des Zeugen:</b>
<p><b>Willkommen bei der Mountain Land Rehabilitation (MLR). Vielen Dank, dass Sie sich für MLR als Ihren Therapie-Anbieter entschieden haben.</b> Unsere Therapeuten verfügen über die notwendige Lizenz und Ausbildung zur Verwendung von Diagnose- und Behandlungsmethoden, um Ihren optimalen Aktivitätsstand wiederherzustellen. Wie bei allen medizinischen Behandlungen sind wir verpflichtet, Sie über die möglichen Risiken einer Behandlung zu informieren. Da die körperliche Reaktion auf eine Therapie sich von Person zu Person sehr unterscheiden kann, kann nicht immer vorausgesagt werden, wie Sie auf bestimmte Übungen oder Verfahren reagieren werden. Eine Therapie kann daher Schmerzen, eine Verletzung oder eine Verschlimmerung bestehender Krankheitszustände nach sich ziehen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, bei der Diagnose und Behandlung offen mit Ihrem Therapeuten zu sprechen. Sie haben jederzeit vor oder nach einer Behandlungseinheit das Recht, einen Teil Ihrer Behandlung abzulehnen.</p> <p><b>Veröffentlichung von Informationen und HIPAA/Datenschutzerklärung:</b> MLR ist gesetzlich zur Geheimhaltung Ihrer medizinischen Unterlagen verpflichtet (Office of Civil Rights). MLR verwendet und veröffentlicht medizinische Unterlagen NUR gemäß den staatlichen und bundesstaatlichen Datenschutzgesetzen (HIPAA). Die Verwendung und Offenlegung wird in der MLR-Datenschutzerklärung beschrieben. Sie können eine Ausgabe dieses Dokuments jederzeit anfordern.</p> <p><b>Ich bestätige, dass mir eine Ausgabe der MLR-Datenschutzerklärung angeboten wurde.</b> <span style="float: right;"><b>Initialen</b> _____</span></p> <p><b>Patientengenehmigung für medizinische Unterlagen:</b>  <b>Ich autorisiere MLR, meine vertraulichen Gesundheitsdaten gegenüber der (den) folgenden Person(en) offenzulegen.</b>  <b>Name</b> _____ <b>Beziehung zum Patienten</b> _____  <b>Name</b> _____ <b>Beziehung zum Patienten</b> _____</p> <p><b>Terminerinnerungen:</b>  <b>Ich autorisiere MLR, mir Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail zu senden.</b> <span style="float: right;"><b>Initialen</b> _____</span></p> <p><b>Ich weiß und stimme zu, dass ich mir Kosten von 25 USD verrechnet werden, wenn ich einen Termin nicht vor Ende des Arbeitstages storniere. Diese Kosten müssen vor der nächsten Behandlung gezahlt werden.</b> <span style="float: right;"><b>Initialen</b> _____</span></p> <p><b>Finanzielle Verpflichtung:</b>          Ich (der Patient oder autorisierte Vertreter) verpflichte mich zur Übernahme aller Behandlungskosten, die nicht von einer Versicherungsgesellschaft oder einer anderen Drittpartei (ausgenommen vertragliche Ermäßigungen) übernommen werden. Mir ist bekannt, dass ich für alle Zusatzzahlungen, Abzüge, Zusatzversicherungen und/oder nicht abgedeckte Leistungen verantwortlich bin. Falls ich mich gegen eine Übernahme meiner Behandlungskosten durch meine Versicherung entscheide, verpflichte ich mich zudem, die aktuellen Tarife oder aufliegenden Tarife pro Einheit zu zahlen. <span style="float: right;"><b>Initialen</b> _____</span></p> <p><b>Offene Beträge auf meinem Gesundheitskonto:</b> Mir ist bekannt, dass ich erst nach Zahlung meiner Behandlungskosten durch meine Versicherung(en) einen Kontoauszug erhalte und bis dahin keine Zinsen anfallen. Ich weiß und stimme zu, dass für alle Summen auf meinem Konto, die nicht innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Kontoauszugs beglichen werden, Zinsen in der Höhe von 1,5 % pro Monat (18 % pro Jahr) verrechnet werden. Ich verstehe, dass ein Inkassobüro mit der Eintreibung der ausstehenden Summe beauftragt wird, wenn ich die erbrachten Behandlungen nicht zahle. Falls ein Inkassobüro oder ein Anwalt mit der Eintreibung von offenen Beträgen beauftragt wird, verpflichte ich mich, den offenen Betrag (einschließlich Zinsen), eine Inkassogebühr von bis zu 40 % sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Rechtsanwaltskosten zu zahlen. <span style="float: right;"><b>Initialen</b> _____</span></p> <p><b>NUR für Patientenbestätigung von Medicare/Medicaid/Tricare/Veterans Administration:</b> Ich bestätige, dass die von mir angegebenen Informationen zum Zwecke der Kostenübernahme gemäß Abschnitt XVIII und XIX des Sozialversicherungsgesetzes oder im Zusammenhang mit einem anderen staatlichen Programm korrekt sind. Ich autorisiere MLR, der Sozialversicherung, dem Finanzvermittler, dem Versicherungszahler oder einer staatlichen Stelle alle Unterlagen in Bezug auf meine Behandlungen zu übermitteln, um einen Antrag auf Kostenübernahme meiner Behandlungen zu verarbeiten. <span style="float: right;"><b>Initialen</b> _____</span></p> <p><b>Abtretung von Kostenzuschüssen:</b>          Ich fordere meinen Krankenversicherungsträger auf, MLR direkt alle Beträge für Leistungen auszus zahlen, die MLR für meine Person erbracht hat, oder anderen Anbietern, die MLR autorisiert haben, eine Rechnung in deren Auftrag zu stellen. <span style="float: right;"><b>Initialen</b> _____</span></p> <p><b>Durch meine obigen Initialen und meine nachstehende Unterschrift bestätige ich, dass ich die Bedingungen dieser Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe und ihnen zustimme und dass ich meine Zustimmung zur Fortsetzung der Diagnosemethode und entsprechenden Behandlung erteile.</b></p> <p><b>Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, eine Kopie dieses Dokuments anzufordern und zu erhalten. Dieses Dokument bleibt solange gültig, bis es schriftlich vom Patienten oder seinem autorisierten Vertreter widerrufen wird.</b></p>		
<b>Unterschrift:</b>	<b>Datum:</b>	
<b>Name in Druckbuchstaben:</b>	<b>Sozialversicherungsnummer (Patient oder Unterzeichner):</b>	
<b>Wenn sich Unterzeichner und Patient unterscheiden, bitte die nachstehenden Daten bekanntgeben:</b>		
<b>Beziehung zum Patienten:</b>	<b>Geburtsdatum des Unterzeichners:</b>	