

Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Krankenkasse

Hausarzt

Versicherter

Mitglied Angehöriger Rentner

Zuzahlungen Nicht befreit Befreit Beihilfeberechtigt Ja Nein

Zur Erleichterung eventueller Terminabsprachen bitten wir Sie folgende Kontaktdaten einzutragen:

Telefon privat

Telefon dienstlich

Telefon mobil

Mail

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können.

Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Ich war in den letzten 12 Wochen nicht wegen meines aktuellen Krankheitsbildes in therapeutischer Behandlung.

Datum

Unterschrift Patient