

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

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? _____

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldig nicht wahrgenommene Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift des Patienten

Datum

Name des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Therapiedokumentation Bilder (Fotos und/oder Videos) angefertigt und bis zum Abschluss der Therapie in meiner Patientenakte gespeichert werden. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich.

Datum

Unterschrift des Patienten | gesetzlichen Vertreters*

* nicht zutreffendes bitte streichen