

Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon privat

Telefon dienstlich

Telefon mobil

Email-Adresse

Krankenkasse

Hausarzt

Versicherter

Zuzahlungen

befreit

nicht befreit

Einwilligung zur Anfertigung von Bildern zwecks Dokumentation

ja

nein

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss.

Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden. Termine, die durch uns kurzfristig abgesagt werden, erhalten Sie nach, sofern dies im Rahmen der gesetzlichen Regelungen der Krankenkassen möglich ist.

Datum

Unterschrift des Patienten

Datum

Betreuer

Unterschrift des Betreuers