

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 für Privatversicherte:

Zuzahlungen: nicht befreit befreit Beihilfeberechtigt: ja nein

Zur Erleichterung eventueller Terminabsprachen bitten wir Sie, folgende Kontaktdaten einzutragen:

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Telefon mobil _____ Mail _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, Ihren Termin im Falle einer Verhinderung spätestens 24 Stunden vor Beginn bei uns abzusagen.

Termine, die 2 Stunden vor der Vereinbarung nicht abgesagt wurden, müssen wir Ihnen leider aus wirtschaftlichen Gründen mit 15,00 EUR in Rechnung stellen.

Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift des Patienten: