

Anmeldung

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

Name:

Vorname: Geburtsdatum:

Straße/ Hausnummer:

PLZ.: Wohnort:

Telefon privat: Telefon dienstlich:

Telefon mobil: Fax/ Email:

Krankenkasse: Hausarzt:

Privatpatient: ja nein

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? nein

wenn ja, wann?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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

Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Behandlungstermine werden verbindlich vereinbart.

Bei Unterbrechung von mehr als 10 Tagen wird das Rezept ungültig.

Hinweis: Ihre Zuzahlung setzt sich zusammen aus 10% der Kosten der Heilmittel zzgl. 10,00 Euro je Verordnung. Diesen Betrag nehmen wir nur in Auftrag entgegen und leiten ihn in voller Höhe an Ihre Krankenkasse weiter. Wenden Sie sich daher bei Rückzahlungen (z.B. bei abgebrochener Behandlungsserie) bitte an Ihre Krankenkasse!

Datum:

Unterschrift des Patienten: