

Anmeldung

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



Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____

Handynummer: _____ Email: _____

Name der Krankenkasse: _____

Art der Krankenversicherung: gesetzlich privat privat/Beihilfe

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Ja Nein

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? _____

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

Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden. Die Höhe der Rechnung richtet sich nach Art der ausgefallenen Behandlung.

Datum

Unterschrift des Patienten