

Patientenanmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus, vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name/Vorname		Geburtsdatum	
--------------	--	--------------	--

Straße/Hausnummer	
-------------------	--

PLZ		Wohnort	
-----	--	---------	--

Telefon privat		Telefon dienstlich	
-------------------	--	-----------------------	--

Telefon mobil		E-Mail	
------------------	--	--------	--

Krankenkasse/ Versicherung		Hausarzt	
-------------------------------	--	----------	--

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? nein ja (wenn ja, in welchem Jahr): _____

Waren Sie in den letzten 3 Monaten bereits in physiotherapeutischer Behandlung? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung Internet Außenwerbung Telefonbuch
Anderes: _____

Wir bitten um Beachtung:

Sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, ist mir bekannt, dass ich diesen 24 Stunden vorher absagen muss.
Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der jeweiligen Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____