

Anmeldung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Stadt

Telefon

Mobil

Krankenkasse

Hausarzt

Versicherter (bei Familienversicherungen)

eMail-Adresse

Ja, ich möchte über Neuigkeiten
informiert werden

Beihilfeberechtigt

ja

nein

Zuzahlungen

befreit

nicht befreit

Waren Sie schon einmal
bei uns in Behandlung?

ja

nein

wenn ja, wann? _____

Wie sind Sie auf uns 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 der Höhe der Kassensätze in Rechnung gestellt werden**.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten für Abrechnungszwecke an ein Abrechnungszentrum übermittelt werden dürfen.

Einem kollegialen Austausch über meine Behandlung innerhalb des therapiepunkts stimme ich zu.
Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Ich war in den **letzten 12 Wochen nicht** wegen meines aktuellen Krankheitsbildes in therapeutischer Behandlung.

Datum _____

Unterschrift _____