

Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse | Hausnummer:

Postleitzahl:

Wohnort:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Zuzahlungen: befreit nicht befreit

Zur besseren Erreichbarkeit für Terminabsprachen tragen Sie bitte folgende Kontaktdaten ein:

Telefon- privat

Telefon- dienstlich

Telefon- mobil

mail

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?

ja nein

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher abgesagt werden müssen. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

Einverständniserklärung (bitte ankreuzen)

Ich erkläre mich zum Zwecke der Therapiedokumentation mit der Erstellung bzw. Speicherung von Bildern (Foto, Video, Röntgen-, MRT/CT-Aufnahmen) und Berichten in meiner Patientenakte einverstanden. Diese Erklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (Postanschrift, mail, Mobilnummer) dazu verwendet werden, um mich über behandlungsrelevante Dinge zu informieren.

Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters