



## Anmeldung

NAME:

VORNAME:

GEBURTSDATUM:

Straße u. Hausnr.:

PLZ u. Ort

TEL.: PRIVAT

TEL.: DIENSTL.:

Handy:

Email:

KRANKENKASSE:

ZUZAHLUNG:  JA  NEIN (befreit bis: \_\_.20\_\_)

ARZT:

TEL.:

Vor dem Beginn der Behandlung informieren wir Sie über ein paar übliche Vorgehensweisen:  
In Zeiten der Abwesenheit des Therapeuten werden die Behandlungsstunden ggf. durch einen  
anderen Therapeuten vertreten.

**Geben Sie bitte so früh wie möglich Bescheid, wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen  
können, spätestens jedoch 24 Stunden vor der vereinbarten Behandlungszeit.  
Wir weisen darauf hin, dass wir im Fall der Nichtabsage oder verspäteten Absage  
gem. §§ 304, 615, 683 BGB den Termin mit einer Ausfallrechnung in Höhe von 20,00 Euro in  
Rechnung stellen (auch bei Krankheit).**

Im Weiteren benachrichtigen Sie uns umgehend, wenn sich Ihr Versicherungsstatus oder o.g.  
Daten verändern.

Fredersdorf, am

Unterschrift

Ich habe die Datenschutzerklärung zum Patientenfragebogen erhalten und zur Kenntnis  
genommen.

Fredersdorf, am

Unterschrift