

## Patienten- Anmeldung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber zu erreichen): \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ (gesetzliche KV, privat)      Zuzahlungsbefreit: \_\_\_\_\_

SMS- Terminerinnerung:      ja / nein

Newsletter abonnieren:      ja / nein

Ich bin auf die Praxis Aufmerksam geworden durch: \_\_\_\_\_

### Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- 1- Bei jedem kassenärztlichen Rezept ist seit 2004 eine Zuzahlung fällig. Diese setzt sich aus der Rezeptgebühr von 10 Euro plus anteilig 10% der Gesamtsumme des Heilmittelwertes zusammen. Diese Gebühr ist am Ersttermin bar oder per EC-Kartenzahlung zu entrichten.
- 2- Bitte bringen Sie zu Ihren Behandlungsterminen ein eigenes (Bade-) Handtuch mit. Bequeme Sportkleidung und saubere Turnschuhe sind empfehlenswert.
- 3- Bitte sagen Sie Ihre Behandlungstermine rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher ab. Bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen müssen wir Ihnen die vollen **Behandlungskosten privat in Rechnung** stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die oben aufgeführten Punkte gelesen habe und damit einverstanden bin.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_