Anmeldung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!
Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

_____

Name Vorname Geburtsdatum

_____

Straße PLZ/Wohnort

_____

Tel. privat Tel. dienstlich o. Mobil email

_____

Name der Krankenversicherung Hausarzt/Orthopäde

_____

abweichender Versicherter / Rechnungsempfänger

Beihilfeberechtigt: ja ___
nein ___

Um Ihnen so gut wie möglich helfen zu können, bitten wir Sie um Ihr **Einverständnis ggf. Rücksprache** mit dem behandelnden **Arzt, Therapeuten, Lehrer , Erzieher** oder entsprechenden Institutionen zu halten.
Weiterhin möchten wir Sie bitten sofern Sie einen **Termin nicht wahrnehmen** können, diesen **rechtzeitig d.h. 24 Std. vorher abzusagen**, damit wir diesen Termin weitergeben können.
Falls Sie uns **persönlich nicht erreichen**, sprechen Sie Ihre **Terminabsage bitte auf den Mailbox oder schicken uns eine WhatsApp oder Email**..
Nicht wahrgenommene oder **nicht rechtzeitig abgesagte Termine** werden **in Rechnung gestellt.**

_____ _____

Datum Unterschrift des Patienten