



Anmeldung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Telefon privat:

Telefon dienstlich:

Telefon mobil:

Fax/E-Mail:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Versicherter:

- Mitglied Angehöriger Rentner
Zuzahlungen: nicht befreit befreit
Beihilfeberechtigt: ja nein

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?

- ja nein

Wenn Sie schon einmal bei uns waren:
zu welchem/welcher Therapeuten/in möchten Sie?

Therapiezeiten:
an welchen Tagen oder Uhrzeiten ist es Ihnen möglich?

Montag:

Dienstag:

Mittwoch:

Donnerstag:

Freitag:

Samstag:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Welche Therapieform haben Sie verordnet bekommen:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik (KG) | <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie (MT) | <input type="checkbox"/> Massage (KMT) |
| <input type="checkbox"/> Lymphdrainage 30 (MLD 30) | <input type="checkbox"/> Lymphdrainage 45 (MLD 45) | <input type="checkbox"/> Lymphdrainage 60 (MLD 60) |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik nach Bobath (KGB) | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik nach Vojta (KGV) | <input type="checkbox"/> Elektrotherapie (ET) |
| <input type="checkbox"/> Wärmetherapie (WT) | <input type="checkbox"/> Heiße Rolle (HR) | <input type="checkbox"/> Atemtherapie (AT) |
| <input type="checkbox"/> Schlingentisch (TR) | | |

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 unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe von 15.- Euro in Rechnung gestellt werden.

Datum:

Unterschrift des Patienten: _____