

ANMELDEBOGEN

Name: Vorname:

Adresse: Geburtsdatum/Ort:.....

Familienstand: Zahl der Kinder:

Tel. priv.: Tel. tagsüber: E-Mail:.....

Erlerner Beruf: Derzeitige Tätigkeit.....

Name, Adresse, Tel. des behandelnden Arztes:.....

.....

Name, Adresse der Krankenkasse/ -versicherung:

.....

Versicherungs Nr.:

Bitte geben Sie an, welche Wochentage und Tageszeiten als Behandlungstermin für Sie in Frage kommen:

.....

Die Anmeldung kann jederzeit formlos, z.B. telefonisch, widerrufen werden. Vereinbarte Behandlungstermine können bis **2 Arbeitstage vorher geändert oder abgesagt** werden. Behandlungstermine, die nicht oder nicht rechtzeitig abgesagt werden, werden gemäß § 615 BGB **privat in Rechnung gestellt**.

Ich habe das Praxisinformationsblatt gelesen, die darin erwähnten Bedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Datum:

Unterschrift: