

Anmeldeformular

Bitte füllen Sie diese Anmeldung so vollständig wie möglich aus, um Ihre Daten in unserer EDV speichern zu können. Sie erleichtern uns damit die Arbeit.

Heiner Baumann
Heilpraktiker-Physiotherapie
Physiotherapeut

Nikolaistraße 1c
37073 Göttingen

Tel.: 0551- 44464

e-Mail:
info@physiotherapie-am-wall.de

Umsatzsteuerfrei
gem. § 4 Nr. 14 UstG

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Straße / Nr.....

PLZ / Wohnort.....

Tel. Privat.....

Tel. Mobil.....

E- Mail.....

Tel. dienstlich.....

Krankenkasse-nur bei gesetzl. Versicherten.....

Hausarzt:

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden ?

Hinweis auf Absagepflicht

Eine Absage eines Termins muss spätestens bis **24 Stunden vor der Behandlung** erfolgen, da wir als Terminpraxis für die ausgefallene Zeit kurzfristig keinen Ersatz finden. Anrufbeantworter ist Tag und Nacht, auch an Sonn- Feiertagen geschaltet.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit **mind.** 25,00 Euro Ausfallbetrag je Zeiteinheit (20 Minuten) privat in Rechnung gestellt werden. Entschuldbare Versäumnisse sind Unfall, Krankheit, unvorhergesehene Arbeitsanweisung des Arbeitgeber und Familienschicksale. Jedoch ist auch hier eine Absage unmittelbar bei bekannt werden und **vor** dem Termin notwendig.

Datum _____
Unterschrift des Patienten, Kunden

bei Minderjährigen: Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten

Schweigepflichtentbindung

Der Patient / Kunde willigt ein, dass die Therapeuten der Praxis „Physiotherapie am Wall“ im Verlauf der Behandlung den verordnenden bzw. behandelnden ArztIn konsultieren können, falls Rückfragen erforderlich sind. Dieser wird durch die folgende Unterschrift für die Dauer der Therapie von der Schweigepflicht entbunden.

Datum _____
Unterschrift des Patienten, Kunden

Stempel der Praxis Unterschrift