

### 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.

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 ? .....

Heiner Baumann  
Heilpraktiker-Physiotherapie  
Physiotherapeut

Nikolaistraße 1c  
37073 Göttingen

Tel 0551- 44464  
Fax 0551- 3810377

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

Umsatzsteuerfrei  
gem. § 4 Nr. 14 UstG

#### 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