

Anmeldung

therapiepunkt Lehrte, Köthenwaldstr. 34, 31275 Lehrte
therapiepunktchen Lehrte, Parkst. 17, 31275 Lehrte

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Stadt

Telefon

Mobil

Krankenkasse

Versicherter (bei Familienversicherungen)

Beihilfeberechtigt bei privat Versichert

ja

nein

Zuzahlungen, bei gesetzlich Versichert

befreit

nicht befreit

Waren Sie schon einmal

bei uns in Behandlung?

nein

ja, wann? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Stunden vorher persönlich absagen muss**. Absagen per e-Mail werden nicht akzeptiert.

Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine **privat in der Höhe der Kassensätze in Rechnung gestellt werden**.

Ich war in den **letzten 12 Wochen nicht** wegen meines aktuellen Krankheitsbildes in therapeutischer Behandlung.

Ich habe das Datenschutzzinformatiionsblatt erhalten und erkläre mich damit einverstanden.

Datum _____

Unterschrift _____