

DEICHPRAXIS

OSTEOPATHIE & PHYSIOTHERAPIE

ANMELDEBOGEN

Name Patient*in:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ggf. Erzberechtigte:

Adresse:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Krankenkasse:

Verordnender Arzt/ Ärztin:

Telefon / Fax:

weitere behandelnde Ärzte:

Sonstiges:

Mir ist bewusst, dass mir nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mind. 24 Stunden vorher), zum Kassensatz lt. § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Hamburg, den _____

Unterschrift: _____