



PHYSIOTHERAPIE
AM KLAGESMARKT

A N M E L D U N G

Schön, dass Sie sich für uns entschieden haben.
Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

.....
NAME / VORNAME

.....
GEBURTSDATUM

.....
STRASSE / HAUSNUMMER

.....
POSTLEITZAHL / ORT

.....
TELEFON

.....
MOBIL

.....
EMAIL

› Versicherungsart gesetzlich privat › Zahlungsbefreiung ja nein

› Waren Sie schon einmal in physiotherapeutischer Behandlung? ja nein

Wenn ja:

Wann?

mit welcher Diagnose?

› Dürfen wir Sie an Ihren Termin erinnern? ja nein

Wenn ja:

Wie? E-Mail SMS

Bitte beachten Sie die persönliche Terminabsprache. Die Nachrichten werden automatisch generiert, technische Fehler sind nicht auszuschließen.

› Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner persönlichen Angaben und gebe meine Zustimmung zu einer ärztlich verordneten Behandlung.

.....
DATUM / UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN



ANMELDEBOGEN KIND

PHYSIOTHERAPIE AM KLAGESMARKT

Schön, dass Sie sich für uns entschieden haben.
Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

.....
NAME / VORNAME DES KINDES

.....
GEBURTSDATUM DES KINDES

.....
NAME / VORNAME DER MUTTER

.....
NAME / VORNAME DES VATERS

.....
ANSCHRIFT DES KINDES (STRASSE / HAUSNUMMER / POSTLEITZAHL / ORT)

.....
TELEFON

.....
MOBIL

.....
EMAIL

› Versicherungsart gesetzlich privat

.....
ANSCHRIFT DES/DER VERSICHERUNGSNEHMERS/-NEHMERIN (NUR BEI ABWEICHUNGEN VON DER OBEN GENANNTEN ADRESSE)

› War Ihr Kind schon einmal in physiotherapeutischer Behandlung? ja nein

Wenn ja:

Wann?

mit welcher Diagnose?

› Dürfen wir Sie an Ihren Termin erinnern? ja nein

Wenn ja, wie?

SMS E-Mail

Bitte beachten Sie die persönliche Terminabsprache. Die Nachrichten werden automatisch generiert, technische Fehler sind nicht auszuschließen.

› Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner persönlichen Angaben und gebe meine Zustimmung zu einer ärztlich verordneten Behandlung.

.....
DATUM / UNTERSCHRIFT

› Einverständniserklärung

.....
NAME / VORNAME

(mind. 7 Jahre alt) darf stellvertretend für die gesetzlichen Erziehungsberechtigten, den Erhalt der therapeutischen Leistung durch eine Unterschrift bestätigen.

.....
DATUM / UNTERSCHRIFT



PHYSIOTHERAPIE
AM KLAGESMARKT

ANMELDEBOGEN
FÜR KURSE

Schön, dass Sie sich für uns entschieden haben.
Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

.....
KURSBEZEICHNUNG

.....
ZEITRAUM

.....
GEBÜHR

.....
NAME / VORNAME

.....
GEBURTSDATUM

.....
STRASSE / HAUSNUMMER

.....
POSTLEITZAHL / ORT

.....
TELEFON

.....
MOBIL

.....
EMAIL

› Versicherungsart gesetzlich privat

Wird ein Kurs nach § 20 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst, erhalten Sie eine entsprechende Teilnahmebescheinigung in der letzten Kurseinheit bzw. anschließend per Post. Eine Bezuschussung erfolgt in der Regel nur dann, wenn Sie an mind. 80% der Kurs - Einheiten teilgenommen haben. Details erfragen Sie bitte bei Ihrer Krankenkasse.

Sie erhalten keine schriftliche Anmeldebestätigung. Wir benachrichtigen Sie, wenn Ihr Kurs nicht stattfinden sollte.

› Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner persönlichen Angaben und gebe meine Zustimmung zu einer ärztlich verordneten Behandlung.

.....
DATUM / UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN