

Anmeldung bei Physiotherapie Graf

Ihre Daten

Name: _____ Tel. privat: _____ E-Mail: _____
 Vorname: _____ Tel. geschäftl.: _____ Krankenkasse: _____
 Geb. Datum: _____ Mobil: _____

Möchten Sie den PhysioGraf E-Mail-Newsletter auf diese E-Mail Adresse zugesendet bekommen (jederzeit widerruflich)?

Ja Nein

Zuzahlung (betrifft nur gesetzl. Versicherte): nicht befreit befreit

Mir ist bekannt dass, sofern ich einen Termin nicht einhalten kann, ich diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen muss. Das gibt der Praxis - vor allem aber anderen Patienten - die Chance, den frei gewordenen Termin auch wieder besetzen zu können. Hierzu steht auch der Anrufbeantworter der Praxis rund um die Uhr zur Verfügung.

Ich bin hiermit informiert, dass nicht wahr genommene Termine mir privat in Rechnung gestellt werden.

In unserer Praxis werden Patientendaten wie üblich zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert bzw. mein Rezept zur Abrechnung an ein Rechenzentrum weitergeleitet.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Therapeut zur Überprüfung des Therapie-Erfolgs telefonisch oder schriftlich Kontakt mit mir aufnimmt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Behandlungstermin

Sollen wir Sie bei einem kurzfristig frei werdenden Termin anrufen, um Ihnen eine frühere Behandlung anzubieten?

Ja Nein

Bevorzugte Zeiten für Termine bitte mit einem (X) kennzeichnen, nicht mögliche Zeiten bitte streichen (-)

	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00
Montag													
Dienstag													
Mittwoch													
Donnerstag													
Freitag													

Bevorzugter Therapeut: _____