

# Anmeldung im Physiopark

Dieses Formular können Sie mit dem Adobe® Reader® am Rechner ausfüllen.



Name: ..... Geb. Datum: .....

Vorname: ..... Beruf: .....

Straße/Nr.: ..... Tel. privat: .....

PLZ/Ort: ..... Tel. geschäftl.: .....

Krankenkasse: ..... Tel. mobil: .....

privat  beihilfeberechtigt (z.B. Beamte) E-Mail: .....

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

ja  nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? .....

**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. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat mit 15,- € 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.

Regensburg, den ..... 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 (-)

Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00

Bevorzugter Therapeut: .....

