

# Termin-Anfrage im Physiopark

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



**Sie waren schon einmal bei uns in Behandlung?** Dann können Sie uns mit diesem Formular Ihre Terminanfrage übermitteln.

**Sie waren noch nicht bei uns?** Dann füllen Sie bitte unseren **Anmeldebogen** (auf unserer Website unter „Anmeldung/Termin“) aus und teilen uns darauf Ihre Terminwünsche mit.



Name: ..... Telefon: .....

Vorname: ..... Geb. Datum: .....

**Verordnung**  Rezept gesetzl. Krankenkasse (muss binnen 14 Kalendertagen begonnen werden!)  Privat -Rezept

Krankengymnastik  Manuelle Therapie  Massage  Lymphdrainage:  30 Min.  45 Min.  60 Min.  .... Min.

Krankengymnastik am Gerät / Medizinische Trainingstherapie

Anzahl der Verordnung: ..... x

## Zusatzverordnung:

Wärmetherapie: (Naturmoor-) Fango/Heißluft  Elektrotherapie  Traktion  Schlingentisch

Sonstiges .....

Behandlungszeit erhöhen (kostenpflichtig) um:  10 Minuten  20 Minuten

## Behandlungstermin










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

Wunschtermin am:

Datum							
Uhrzeit (von bis)							

Bevorzugte Therapeutin / bevorzugter Therapeut (bitte ankreuzen)

								
Roy Obermüller	Andreas Lieschke	Judith Lorenz	Fabian Krafczyk	Susanne Hupfer	Sabrina Dirscherl	Bettina Schlaefke	Benjamin Spiegelberg	Birgit Stolle

