

# Termin-Anfrage beim Physiopark bei den Arcaden

# Physiopark

BEI DEN ARCADEN

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"/>	<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)

 Fabian Krafczyk	 Andreas Lieschke	 Manuel Schneider	 Tobias Schneider	 Christian Schmidt	 Caroline Schönleber	 Fabian Schöffthuber	 Laura Maß
 Valentin Schedel	 Maximilian Baumgärtner	 per E-Mail absenden					

