

# Anmeldung

Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!  
Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

---

Straße	PLZ/Wohnort
--------	-------------

---

Tel. privat	Tel. dienstlich o. Handynr.	email
-------------	-----------------------------	-------

---

Name der Krankenkasse	Hausarzt/Orthopäde
-----------------------	--------------------

Zuzahlung: nicht befreit \_\_\_  
                  befreit       \_\_\_

waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung ja \_\_\_ nein \_\_\_

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns mitteilen wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind:

---

Um Ihnen so gut wie möglich helfen zu können, bitten wir Sie um Ihr Einverständnis ggf. Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, Therapeuten, Lehrer, Erzieher oder entsprechenden Institutionen zu halten.

Weiterhin möchten wir Sie bitten sofern Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, diesen rechtzeitig d.h. 24 Std. vorher abzusagen, damit wir diesen Termin weitergeben können.

Falls Sie uns persönlich nicht erreichen, sprechen Sie ihre Terminabsage bitte auf den Anrufbeantworter. Bei einem Montags Termin bitte auch am Wochenende auf den Anrufbeantworter sprechen.

Nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden privat in Rechnung gestellt.

Hiermit bitten Sie um die Untersuchung und Behandlung durch die Mitarbeiterinnen des Physioteamsüd.

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten