

Anmeldebogen für die Osteopathiepraxis Bad Schwalbach

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Email: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Rechnungsempfänger (falls abweichend von Patientdaten):

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Email: _____
Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Angaben zu Ihrem Versicherungsstatus:

Gesetzlich krankenversichert bei:

Privat zusatzversichert bei:

Privat krankenversichert bei:

Beihilfeberechtigt durch:

Umfasst Ihre Versicherung Leistungen für Behandlungen durch Heilpraktiker?

Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Honoraranfragen bitte telefonisch erfragen.

Terminversäumnis:

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Rechnung vollständig begleiche, unabhängig von der Erstattungsleistung meiner Versicherung. Mir ist bekannt, dass ich den Termin spätestens 24 Stunden vorher absagen muss, wenn der Termin nicht wahrgenommen werden kann. Ansonsten wird mir eine Ausfallgebühr in Höhe von Euro 45.- Euro in Rechnung gestellt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

