



**ERGO- & HANDTHERAPIE
SCHMITZ & LIEB**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Wir benötigen für die Anmeldung folgende Daten von Ihnen:

Vorname: _____ Geburtstagsdatum: _____
Name: _____ Telefon privat: _____
Strasse: _____ Telefon geschäftlich: _____
PLZ/ Ort: _____ Handynummer: _____
Hausarzt: _____ Krankenkasse: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Internet/Homepage | <input type="checkbox"/> über eine Empfehlung |
| <input type="checkbox"/> Werbeflyer in einer anderen Praxis | <input type="checkbox"/> Pressebericht |
| <input type="checkbox"/> Veranstaltung/Messe/Vortrag | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Sind Sie seitens der Krankenkasse von Zuzahlungen befreit?

JA

NEIN

Sind Sie Beihilfeberechtigt?

JA

NEIN

Absagepflicht und Ausfallgebühren:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.

Motorisch- funktionelle Behandlung (30 Minuten): = 45,19 €

Sensomotorisch- perzeptive Behandlung (45 Minuten): = 60,84 €

Datum:

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters?