

Anmeldung für gesetzlich versicherte Patienten



Praxis Heine • Marburger Straße 28 • 60487 Frankfurt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtstag: _____

Telefon-privat: _____ Telefon-beruflich: _____
mobil: _____ E-mail: _____

Beruf: _____ überweisender Arzt: _____

Krankenversicherung: _____

Mitglied _____ Angehöriger _____ Rentner _____
Zuzahlung: _____ befreit _____ nicht befreit _____

Waren Sie schon einmal in unserer Praxis ? _____ ja _____ nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden ?

Möchten Sie in Zukunft Informationen und Angebote der Praxis erhalten ? ja nein

!! WICHTIG !!

Terminänderungen bzw. Terminabsagen sind so früh wie möglich, **spätestens aber 24 Stunden** vor der vereinbarten Behandlungszeit vorzunehmen.

Dies gilt auch an Sonn- und Feiertagen. Ihre Anrufe werden zu jeder Zeit auf unserem Anrufbeantworter entgegengenommen.

Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine wird der kassenübliche Satz privat in Rechnung gestellt.

Bedenken Sie bitte, dass die Krankenkassen diese Kosten nicht übernehmen.

Wir danken für Ihr Verständnis.

Den Aufklärungsbogen habe ich zur Kenntnis genommen.

Bitte bringen Sie Ihr Handtuch zur Behandlung mit, andernfalls müssen wir Ihnen 2,-EURO berechnen.

KONTAKT

Marburger Straße 28
60487 Frankfurt am Main

Telefon (069) 70 29 15

Fax (069) 77 43 02

Mobil (0171) 281 38 54

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Wir wünschen Ihnen einen angenehmen
Behandlungsverlauf!

Ihr Praxis Team

info@physiopraxisheine.de
www.physiopraxisheine.de

Bankverbindung:
Postbank Dortmund
BLZ 440 100 46
Kto: 757 721 469