

# Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Zur Erleichterung eventueller Terminabsprachen bitten wir Sie folgende Kontaktdaten einzutragen:

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_  
-----

## ▶ **24-Stunden-Regel**

*Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.*

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_  
-----

## ▶ **Einverständniserklärung**

*Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Therapiedokumentation Bilder (Fotos und/oder Videos) angefertigt und in meiner Patientenakte gespeichert werden. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich.*

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.  
Ihr Team der Praxis Körperzeit ☺