

Therapiezentrum Trapp

Anmeldung

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
---------------	--------------	------------

Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
--------------------	----------

Telefon	Handy	FAX
---------	-------	-----

Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Rentner	Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

Zuzahlungen: <input type="checkbox"/> nicht befreit <input type="checkbox"/> befreit	Ausweisnummer gültig bis
--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Hausarzt	Verordnender Arzt
----------	-------------------

gab es bereits Logo- oder Ergotherapie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, in welchem Zeitraum und wo
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

Hobbys/Interessen

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.

In dieser Praxis werden Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert.

Bitte geben Sie an, zu welchen Zeiten eine Therapie stattfinden kann:

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag | <input type="checkbox"/> Vorm. ab ____ bis ____ Uhr | <input type="checkbox"/> Nachm. ab ____ bis ____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> Vorm. ab ____ bis ____ Uhr | <input type="checkbox"/> Nachm. ab ____ bis ____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch | <input type="checkbox"/> Vorm. ab ____ bis ____ Uhr | <input type="checkbox"/> Nachm. ab ____ bis ____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> Vorm. ab ____ bis ____ Uhr | <input type="checkbox"/> Nachm. ab ____ bis ____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Freitag | <input type="checkbox"/> Vorm. ab ____ bis ____ Uhr | <input type="checkbox"/> Nachm. ab ____ bis ____ Uhr |

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------