

Anmeldung für neue Patienten

Ergotherapie Marion Zschoge, Dresden und Pirna

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

Vorname: _____ Nachname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Ich bin von der Zuzahlung befreit nicht befreit

Nur für privatversicherte Patienten:

Name der Krankenkasse: _____

Honorarvereinbarung notwendig? Ja / Nein

Kostenvoranschlag bei Krankenkasse notwendig? Ja / Nein

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 mir unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine zum Kostensatz der Krankenkasse in Rechnung gestellt werden.

Als Erziehungsberechtigter nehme ich zur Kenntnis, dass die Aufsichtspflicht der Therapeuten lediglich die Zeit der therapeutischen Behandlung umfasst. Geschwister- und begleitende Kinder stehen unter der Aufsichtspflicht der Eltern. In dieser Praxis werden Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert.

Datum:

Unterschrift: