

Anmeldung für Privatpatienten



Praxis Heine • Marburger Straße 28 • 60487 Frankfurt

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtstag: _____

Telefon-privat: _____ Telefon-beruflich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Überweisender Arzt: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfe berechtigt: ja nein

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

Bitte zahlen Sie Ihre Rechnung direkt nach Beendigung der Therapie in unserer Praxis!!!

!! 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: _____

info@physiopraxisheine.de
www.physiopraxisheine.de

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

Ihr Praxisteam

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