

Anmeldung zum Erstgespräch

Name des/der Patienten/Patientin: _____

Geburtsdatum/SVNr.: _____ Versicherung: _____

Adresse: _____

Telefonnummer (bei Volljährigkeit): _____

Emailadresse (bei Volljährigkeit): _____

Name d. Person, bei der das Kind/Jugendliche mitversichert ist:

Geburtsdatum/SVNr.: _____ Versicherung: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Emailadresse: _____

Sie erhalten einen Rückruf zur Terminbestätigung.

Absageregulung:

Ich habe verstanden, dass nicht wahrgenommene Termine, ohne Absage in den vorangegangenen 48 Std. (Werktage), in Rechnung (135,-Euro) gestellt werden. Diese sind privat zu zahlen und werden nicht von der Kasse übernommen. In Krankheitsfällen bitten wir um eine ärztliche Bestätigung.

Mit der Unterschrift (d. volljährigen Patienten/Patientin od. Erziehungsberechtigten) bestätigen Sie die Korrektheit der oben genannten Daten sowie die Kenntnisnahme der Absageregulung. Darüber hinaus geben Sie Ihr Einverständnis zu Speicherung ihrer Daten gemäß DSGVO.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____