

Anmeldung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

um die Vertraulichkeit Ihrer persönlichen Daten zu gewährleisten, bitten wir Sie, dieses Anmeldeformular auszufüllen, um so ungewolltes Zuhören bei der Datenaufnahme zu vermeiden.

Ihre Daten werden ausschließlich zur administrativen Unterstützung der Behandlung in der Praxis am See verwendet.

Name Vorname Geburtsdatum

PLZ, Wohnort Straße, Hausnummer

Telefon privat Telefon dienstlich

Telefon mobil E-Mail

Krankenkasse zuweisender Arzt

Dürfen wir Ihnen Informationen zu Veranstaltungen (Vorträge, Ausstellungen, Workshops, Kurse, Seminare, u.ä.) via E-Mail zusenden?

- Ja
 Nein

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen mind. 24 Stunden vorher absagen muss.
Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in voller Höhe in Rechnung gestellt werden können.

Datum Unterschrift Patient/Kunde/Erziehungsberechtigter