

Praxis für Ergotherapie

Elisabeth Wielenberg



Anmeldung

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße/Hausnummer | PLZ, Wohnort

Telefon | Handy | E-Mail

Krankenkasse

Zuzahlungen: nicht befreit befreit | Beihilfe berechtigt: Ja Nein

Hausarzt | Verordnender Arzt

Gab es bereits Ergotherapie? Wenn ja, in welchem Zeitraum und wo?
 Ja Nein |

Betreuer/in:

Name, Vorname | Anschrift

Welche Erkrankung liegt vor?

Herzschrittmacher? Ja Nein | ICD? Ja Nein | Blutverdünner? 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 unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.

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

Ort, Datum | Unterschrift