

Anmeldebogen

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ Email: _____

Geb. Datum: _____ Beruf: _____

Sport/Hobby: _____ Überweisender Arzt: _____

Ja Nein

Haben Sie zurzeit eine akute Infektion? Welche? _____

Haben Sie Herz-Kreislaufferkrankungen? Welche? _____

Haben Sie Bluthochdruck?

Haben Sie neurologische Erkrankungen? Welche? _____

Haben Sie Osteoporose?

Haben Sie Diabetes?

Haben Sie eine rheumatische Erkrankung? Welche? _____

Haben Sie ansteckende Erkrankungen? Welche? _____

Haben Sie weitere Erkrankungen? Welche? _____

Nehmen Sie Medikamente? Welche? _____

Mit meiner Unterschrift stimme ich den Hinweisen sowie der Patient:innen-Information zum Datenschutz (Aushang Praxis) zu.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir bitten Folgendes zu beachten:

- Erscheinen Sie immer rechtzeitig zu Ihren Terminen. Sollten Sie Organisatorisches zu besprechen haben, planen Sie etwas mehr Zeit ein.
Zu Ihrem Ersttermin erscheinen Sie für die Administration 15 Minuten früher. Ansonsten geht die Bearbeitungszeit von Ihrer Behandlungszeit ab.
- Melden Sie sich immer an der Anmeldung an. Auch wenn Sie zu spät sind.
- Ihre Zuzahlung zahlen Sie immer beim ersten Termin.
- Bei Verhinderungen jeglicher Art:
Sagen Sie Ihre Termine immer 24h vorher ab. Kurzfristige Absagen – gleich aus welchem Grund – stellen wir Ihnen privat in Rechnung. Bei unentschuldigtem Fehlen behalten wir uns vor, alle weiteren vereinbarten Termine kommentarlos zu stornieren und anderweitig zu vergeben.
- Begleitpersonen und Besucher:innen sind nicht erlaubt (außer wenn dringend notwendig).
- Sie müssen über gute deutsche Sprachkenntnisse verfügen, damit wir Sie adäquat behandeln können.
- Ihre Haustiere müssen aus Hygienevorschriften draußen bleiben (gilt nicht für Blindenführhunde).
- Organisatorische und administrative Dinge klären Sie am Empfangsbereich, alles therapeutische klären Sie mit unseren Physiotherapeut:innen.
- Das Telefonieren und die laute Nutzung des Mobiltelefons im Hause sind verboten.
- Sie betreten den Behandlungsraum erst nach Aufforderung durch Ihre:n Behandler:in.

Mit meiner Unterschrift nehme ich die oben genannten Hinweisen zur Kenntnis.

Datum:

Unterschrift:
