

Anmeldebogen Physiotherapie

Praxis für Physiotherapie Constanze Drees, Dechant Schütte Straße 24, 26810 Papenburg
Tel.: 017672683085 Mail: info@physiotherapie-comstanze-drees.de

1. Patientendaten

Name des Kindes / Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

2. Erziehungsberechtigte / Ansprechpartner

Name: _____

Telefonnummer:

E-Mail:

Beziehung zum Kind:

3. Ärztliche Angaben

Überweisender Arzt / Ärztin: _____

Diagnose:

Verordnete Therapie:

☐ KG ☐ KG-Gerät ☐ KG ZNS ☐ KG ZNS Kinder ☐ Hausbesuch (HB)

4. Hinweise

5. Zustimmung & Absagepflicht

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten zur Durchführung der Therapie verarbeitet werden.

☐ Ich bin mit einer Rücksprache mit behandelnden Ärzten / SPZ einverstanden. Wichtiger Hinweis zur Terminabsage: Vereinbarte Termine müssen spätestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt werden. Bei nicht rechtzeitig abgesagten oder unentschuldigt versäumten Terminen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar privat in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigter / Patient (ab 18 J.): _____

X