



ANMELDEBOGEN PHYSIO SCHMIEDE

KONTAKT

Name

Geburtsdatum

Adresse

PLZ Ort

E-Mail

Termine

Hiermit bestätige ich, dass ich sofern ich einen für mich reservierten Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Stunden vorher** absagen muss.

Unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (**< 24Std vorher**) können mir Privat in **Höhe von mindestens 30€** in Rechnung gestellt werden.

Zuzahlung:

Für gesetzlich Versicherte Patienten, sofern sie nicht befreit sind, wird eine Zuzahlung fällig.

Der Betrag setzt sich aus **10% der Behandlungskosten** und **10€ Heilmittelgebühr** zusammen.

Diesen Betrag wird von uns an die Krankenkassen abgeführt.



INFO@PHYSIOSCHMIEDE.COM



0561/98689744