



Anmeldebogen:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

Plz/Ort: _____

Arzt: _____

Medikamente: _____

Gesetzlich Versicherte:

Rezeptgebühr befreit

Ja ()

Nein ()

Privat Versicherte & Selbstzahler:

Beihilfeberechtigt

Ja ()

Nein ()

Mit dem Ausfüllen dieser Anmeldung akzeptiere ich die Preisliste, die AGB's, sowie die Datenschutzerklärung der Physiotherapie Praxis Tom Flesch.

Mir ist bekannt, dass ich nicht wahrgenommene Termine privat in Rechnung gestellt bekomme, sofern ich diese nicht 24 Stunden vorher abgesagt habe.

Datum/ & Unterschrift: _____