

# Anmeldung

Praxis für Physiotherapie Steffen Ebert

Um uns unsere Arbeit zu erleichtern füllen Sie bitte folgende Anmeldung aus

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| <b>Name:</b> _____         | <b>Vorname:</b> _____      |
| <b>Geburtsdatum:</b> _____ | <b>Versicherung:</b> _____ |
| <b>Straße:</b> _____       | <b>Hausnummer:</b> _____   |
| <b>Postleitzahl:</b> _____ | <b>Wohnort:</b> _____      |
| <b>Telefon:</b> _____      | <b>Handy:</b> _____        |
| <b>Emailadresse:</b> _____ |                            |

Mir ist bekannt, daß **Termine mindestens 24 Std vorher abgesagt werden müssen** ansonsten wird eine Ausfallgebühr von 15 €/20 Min erhoben. **Als Privatpatient oder Selbstzahler erkläre ich mich mit den ausliegenden Preisen für therapeutische Leistungen einverstanden.**

**Unterschrift** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_

**Ihre Beschwerden:** \_\_\_\_\_

**Ihr Ziel:** Schmerzverbesserung  Funktionsverbesserung

**Wo:** \_\_\_\_\_

**Wann:** in Ruhe  in Bewegung  in der Nacht

**Sonstige:** \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**Wie:** stechend  brennend  bohrend  Ziehend

**Sonstige:** \_\_\_\_\_

**Besserung:** in Ruhe  in Bewegung  in der Nacht

**Sonstige:** \_\_\_\_\_

**CAVE:** \_\_\_\_\_

