

Ergotherapie & Handtherapie
 Andreas Hofmann
 Röderstr. 6
 90518 Altdorf



Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank!	
Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
Telefon privat / mobil / dienstlich:	<input type="text"/>
Email-Adresse:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mit einer Kontaktaufnahme per eMail, im Anschluss an die Behandlung, zur Einschätzung Ihrer Zufriedenheit und des Behandlungserfolges, bin ich einverstanden.	
Krankenkasse:	<input type="text"/>
Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/>
Bei den Kontaktdaten handelt es sich um eine freiwillige Angabe, um Sie bei Terminänderungen erreichen zu können.	
Mit der Kontaktaufnahme per eMail und WhatsApp bin ich einverstanden. (Datenschutzerklärung beachten!)	
Kontakt per Email	<input type="checkbox"/>
Kontakt per WhatsApp	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wann: <input type="text"/>
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	<input type="text"/>
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zur Dokumentation Bilder angefertigt und gespeichert werden:	
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Bitte beachten Sie die Hinweise zur Speicherung und Nutzung in unserer Datenschutzerklärung! Die Bilder verlassen ohne Ihre Zustimmung keinesfalls unsere Praxisräume.	
Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.	
Datum:	<input type="text"/>
Hier klicken zum bestätigen	<input type="checkbox"/>
Eine Beaufsichtigung Ihres Kindes kann vor und nach der Therapieeinheit nicht gewährleistet werden.	
Mit der Abrechnung der Verordnungen haben wir ein Abrechnungszentrum beauftragt. Wir setzen Ihr Einverständnis voraus, dass die zum Zwecke der Abrechnung jeweils erforderlichen Daten an unser Rechenzentrum weitergegeben werden dürfen.	
Hiermit bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe und akzeptiere.	
Datum:	<input type="text"/>
Hier klicken zum bestätigen	<input type="checkbox"/>
Die Datenschutzerklärung finden Sie, in aktueller Fassung, frei zugänglich in unseren Praxisräumen, auf unserer Homepage oder auf Nachfrage in schriftlicher Form an der Rezeption.	