



PfalzPhysio

Praxisgemeinschaft

Es ist unser Ziel Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____

Krankenkasse: _____

verordnender Arzt: _____

Sind Sie Zuzahlungsbefreit? ja nein

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Liegt ein Medikamentenplan vor? ja nein

Eine **Terminabsage** muss **spätestens 24 Stunden vor Behandlung** erfolgen. Nicht innerhalb der Frist abgesagte Termine werden Ihnen **privat in Rechnung** gestellt.

Bitte denken Sie daran, dass die vorgeschriebene Zuzahlung Ihres Rezeptes immer zum ersten Behandlungstermin fällig ist.

Landstuhl, den _____

Unterschrift _____