

Chi-Wave

Physiotherapeutische Praxis für Gleichgewichts- und Koordinationsschulung
Stresemannstr. 3, 70192 Stuttgart

Anmeldung

Bitte lesen Sie diese Anmeldung gründlich durch und füllen Sie diese Vollständig aus.
Vielen Dank!

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Krankenkasse des Kindes

Kinderarzt

Vorname + Name des Erziehungsberechtigten:

E-Mail:

Anschrift (Straße, Hausnummer)

PLZ

Stadt

Telefon Mobil:

Telefon Festnetz:

Beihilfeberechtigt: (für Privatpatienten relevant)

Ja

Nein

Terminabsage:

Mit meiner Unterschrift erklär ich mich einverstanden, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher abzusagen, da unentschuldigte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe des Verordnungssatzes oder der Honorarvereinbarung in Rechnung gestellt werden. Bei Montagsterminen bitte Sonntags per Mail oder telefonisch absagen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Datum, Unterschrift
