

Krankengymnastik & Physiotherapie
Renate Czech, Osloer Str. 109, 13359 Berlin
Telefon 030/ 494 30 04, Fax 030/ 493 09 112

Aufnahmebogen

Name/ Vorname.....
Anschrift.....
Telefon privat.....**dienstlich**.....
Krankenkasse.....

Mit meiner Unterschrift erkenne ich folgende Geschäftsbedingungen an:

1. Bitte leisten Sie die Zuzahlungen vor Beginn der ersten Behandlung.
2. Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vor deren Beginn abgesagt werden. Erfolgt die Absage nicht oder verspätet, trägt der Patient die vollen Behandlungskosten. Ausgenommen sind Terminänderungen aus betrieblichen Gründen.
3. Nach zweimalig unentschuldigtem Fernbleiben von den Behandlungen werden alle verbleibenden Termine vorerst gelöscht.
4. Zu jeder Behandlung ist die Terminkarte mitzubringen und vorzulegen.
5. Für Kleidungsstücke und Wertsachen, die nicht vom Patienten selbst beaufsichtigt werden, wird bei Verlust keine Haftung übernommen.

Datum..... Unterschrift.....

Krankengymnastik & Physiotherapie
Renate Czech, Osloer Str. 109, 13359 Berlin
Telefon 030/ 494 30 04, Fax 030/ 493 09 111

Aufnahmebogen

Name/ Vorname.....
Anschrift.....
Telefon privat.....**dienstlich**.....
Krankenkasse.....

Mit meiner Unterschrift erkenne ich folgende Geschäftsbedingungen an:

1. Bitte leisten Sie die Zuzahlungen vor Beginn der ersten Behandlung.
2. Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vor deren Beginn abgesagt werden. Erfolgt die Absage nicht oder verspätet, trägt der Patient die vollen Behandlungskosten. Ausgenommen sind Terminänderungen aus betrieblichen Gründen.
3. Nach zweimalig unentschuldigtem Fernbleiben von den Behandlungen werden alle verbleibenden Termine vorerst gelöscht.
4. Zu jeder Behandlung ist die Terminkarte mitzubringen und vorzulegen.
5. Für Kleidungsstücke und Wertsachen, die nicht vom Patienten selbst beaufsichtigt werden, wird bei Verlust keine Haftung übernommen.

Datum..... Unterschrift.....