



Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Vollständige Adresse: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

Email: _____

Überweisender Arzt: _____

Krankenkasse: _____

Zuzahlungsbefreit: ☐ ja ☐ nein ☐ Ausweis liegt vor

Selbstzahler/Prävention: ☐ ja ☐ nein

Privatpatient: ☐ ja ☐ nein

Ich erkläre mich bereit, Termine die ich nicht einhalten kann, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht fristgemäß abgesagte Termine werden privat als Ausfallrechnung in Rechnung gestellt.

Datenschutz: Den Anhang „Information zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Weitere Hinweise zum Datenschutz entnehme ich der Homepage www.anke-odenthal.de.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit zukünftiger Wirkung ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____