



## 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](http://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: \_\_\_\_\_