



THERAPIEHaus FEUERSTEIN

Liebe Patient*innen, liebe Angehörige,

Sie interessieren sich für einen Termin in unserer Praxis. Um diesen vereinbaren zu können, füllen Sie bitte nachfolgende Daten aus. Der erste Termin dient der Beantwortung Ihrer Fragen sowie dem gegenseitigen Kennenlernen. Wir werden Sie hierbei über das mögliche therapeutische Angebot in unserer Praxis beraten. Beachten Sie dabei bitte, dass der Ersttermin keine Garantie für einen zeitnahen Therapiestart darstellt.

Denken Sie als gesetzlich Versicherte bitte daran, die **elektronische Gesundheitskarte (Versichertenkarte)** mitzubringen. Die Durchführung des Termins ist ohne diese nicht möglich.

Weiterhin bitten wir Sie zu beachten, dass wir Ihnen den Kennenlerntermin, sofern dieser nicht oder weniger als 48h zuvor abgesagt wird, mit einem Ausfallhonorar von 160€ privat in Rechnung stellen müssen.

Vor- und Zuname Patient*in	
Geburtsdatum	
Telefon/e-Mail	
Anschrift	
Name der Krankenkasse + Versichertenstatus	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Bisherige Therapieerfahrung	
Symptomatik	

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und habe die Wichtigkeit einer rechtzeitigen Terminabsage zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum, Unterschrift Patient*in (sofern volljährig) **ODER**
Unterschriften aller Sorgeberechtigten und Unterschrift Patient*in (sofern u18 Jahre)
