

Name.....Vorname.....

Straße:.....Postleitzahl:.....Ort:.....

Telefon: Privat:..... Mobil:.....

E-Mail:.....Geburtsdatum:.....

Empfohlen durch:.....

Wurden Sie operiert? Ja / Nein

1.....Datum:.....

2.....Datum:.....

Sind Sie gestürzt / hatten Sie einen Autounfall / hatten Sie Brüche ?

1.....Datum:.....

2.....Datum:.....

Nehmen Sie Medikamente ? Ja / Nein

Welche?

Bestätigung:

Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Behandlung und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben auf diesem Anmeldeformular.

Der Betrag ist direkt nach der Behandlung in bar oder per EC-Karte zu bezahlen. Falls Ihre Krankenkasse die Chiropraktik-/Heilpraktiker-Leistung übernimmt, erhalten Sie von mir eine Rechnung zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse.

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens **24 Stunden** vorher kostenfrei ab. Damit geben Sie uns die Möglichkeit, einem Patienten, der akute Schmerzen hat, mit einem Termin weiterzuhelfen. Bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen stellen wir Ihnen **70,00 €** in Rechnung.

Die Europäische-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) tritt ab dem 25 mai 2018 in Kraft. Der Schutz und die Sicherheit ihrer persönlichen Daten sind uns ein besonderes Anliegen . Wir verarbeiten Ihre Daten daher ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen der EU-DSGVO. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie zur Nutzung und Speichern Ihrer personenbezogenen Daten ein.

Datum: _____ Unterschrift: _____

