

DATENERHEBUNGSBOGEN /AUFKLÄRUNGSBOGEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Beruf

Telefonnummer

E-Mail-Adresse (falls Sie eine Terminerinnerung wünschen)

Ich bin damit einverstanden, dass die PhysioWest mich jederzeit telefonisch oder per E-Mail kontaktieren darf. Ich habe der Praxis eine Telefonnummer

Sollte durch meine Unachtsamkeit ein Dritter Zugriff auf mein Handy/Telefon bekommen und Auskunft über meine Befunde erhalten, ist dies mein eigenes Verschulden und nicht das von Physio West.

Alle juristischen und rechtlichen Folgen trage ich selbst.

Rechnungen müssen innerhalb von **14 Tagen unter Angabe von Patientennamen und Rechnungsnummer** beglichen werden.

Sind Sie derzeit in einer anderen Praxis in Behandlung?

 ja nein

Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein großes Handtuch mit (bei Vergessen Gebühr 1€)

BITTE sagen Sie Termine spätestens 24h vor der Behandlung ab.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider PRIVAT in Rechnung stellen, sollten wir die entstandene Lücke nicht schließen können.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass auch Krankheitsfälle oder private Notfälle KEINE Ausnahme sind.

Datum

Unterschrift

**PHYSIO
WEST**
Pädiatrie & Neurologie

Physiotherapie, Pädiatrie & Neurologie
Inh. Lena Mauch & Stefan Mauch
Hermann-Köhl-Str. 14A
93049 Regensburg
0941 / 382 258 85
info@physio-west-regensburg.de