

# Anmeldung im Physiozentrum Däniken

Dieses Formular können Sie mit dem Adobe® Reader® am PC ausfüllen.



Termine im **Physiozentrum Däniken**

Herrenmattstrasse 2 | 4658 Däniken | Telefon: 062 291 39 39  
E-Mail: info@physio-daeniken.ch | Webseite: www.physio-daeniken.ch

Termine in der **Senevita Residenz Bornblick**

Solothurnerstrasse 70 | 4600 Olten | Telefon: 062 311 00 00  
E-Mail: bornblick@senevita.ch | Webseite: www.senevita.ch

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Unfallversicherung: \_\_\_\_\_

Selbstzahler:  ja  nein

## Behandlungstermin

Bevorzugte Zeiten für Termine bitte mit einem (✓) kennzeichnen, nicht mögliche Zeiten bitte leer lassen

**Montag**

**Dienstag**

**Mittwoch**

**Donnerstag**

**Freitag**

07:00 08:00 09:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00

Bevorzugter Therapeut: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Mir ist bekannt dass, sofern ich einen Termin nicht einhalten kann, ich diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mir privat mit CHF 30 (25 Min.) oder CHF 60 (50 Min.) in Rechnung gestellt werden.**

In unserer Praxis werden Patientendaten wie üblich zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert bzw. mein Rezept zur Abrechnung an ein Rechenzentrum weitergeleitet.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Therapeut zur Überprüfung des Therapie-Erfolgs telefonisch oder schriftlich Kontakt mit mir aufnimmt.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

