



Patientenanmeldung

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

für eine Aktualisierung Ihrer Daten und für einen geregelten Ablauf unserer Organisation benötigen wir Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit.

Name * _____ Vorname * _____

Geburtstag * _____ Beruf _____

E-Mail ²⁾ _____ Telefon privat * _____

Telefon berufl. _____ Telefon mobil _____

Straße, Nr * _____ PLZ, Ort * _____

Familienstand _____ Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK etc.) Zusatzversicherung bei: _____

Beihilfe / Post Privat-Versicherung ³⁾ bei: _____

*** diese Felder sind Pflichtfelder**

²⁾ Zur Erleichterung evtl. Kommunikation mit unserer Praxis bitten wir Sie, Ihre Email Adresse mit anzugeben.

³⁾ Die Leistungssätze für Privatversicherte richten sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker.

Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Moers, den _____

Unterschrift