

Anmeldung



Physiotherapie
Beyer

Name des Kindes (ggf. Pronomen)

Geburtsdatum

Anschrift

Name Elternteil 1

Name Elternteil 2

Anrede/ Pronomen

Anrede/ Pronomen

Anschrift

Anschrift

Telefon

Telefon

Mail

Mail

Krankenkasse

*Versicherte*r*

- ☐ Mir ist bekannt, dass Termine **bis 24 Stunden vorher** gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.
- ☐ Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten, wie beschrieben einverstanden.

Datum

Unterschriften Erziehungsberechtigte/ gesetzliche Vertretung