



*Evelin Schreiber*  
Praxis für Ergotherapie

## Anmeldung für Erwachsene

**Sehr geehrte Damen und Herren!**

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus.

Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

---

Name Vorname Geburtsdatum

---

Geburtsname (falls abweichend)

---

Straße PLZ/Wohnort Tel. privat

---

Name der Krankenkasse Tel. dienstlich

---

Hausarzt überweisender Arzt (sofern abweichend)

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?    ja    nein

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ein Termin nicht wahrgenommen werden kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat mit dem jeweilig geltenden Satz der Krankenkasse in Rechnung gestellt werden. Die Zuzahlung erfolgt (außer bei unaufgefordertem Vorlegen einer Befreiung) innerhalb der Verordnung. Zahlen Sie nicht, sind wir verpflichtet, dies Ihrer Krankenkasse zu melden.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigten)