

**Anmeldebogen (Praxis für Komplementär Therapie Silvia Klüser)**

**Datum Ersttermin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Persönliche Angaben** |
| Grund der Anmeldung |  |
| Vorname, Name |  |
| Strasse, Nummer |  |
| Postleitzahl, Ort |  |
| Telefonnummer(n) |  |
| E-Mail |  |
| Geburtsdatum |  |

|  |
| --- |
| **Kostenträger** (bitte nur eine Wahl) |
| Selbstzahler | **☐** |
| Zusatzversicherung | **☐** Name Versicherung: |

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Formulars erklären Sie sich damit einverstanden, dass die **Rechnungszustellung elektronisch** **an oben genannte E-Mail-Adresse erfolgt.**

* **Schweigepflicht**:

In unserem Berufsstand sind wir an die berufliche Schweigepflicht gebunden. Austausch mit Dritten erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung.

* **Terminänderungen**:

Absagen bitte per Mail oder Telefon bis 24 Stunden vor dem Termin, damit Ihre Sitzung nicht verrechnet werden muss.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_