

ANMELDEBOGEN

Name Vorname

Adresse

Geburtsdatum Geburtsort Familienstand

Zahl der Kinder Tel. mobil. Tel.Festnetz

E-Mail Erlernter Beruf

Derzeitige Tätigkeit

Name, Adresse, Tel. des behandelnden Arztes

Name, Adresse der Krankenkasse/ -versicherung

Versicherungs Nr.

Kassennummer (Krankenkassennummer / Institutionskennzeichen)

Versichertenart: Mitglied Mitversichert Rentner

Bitte geben Sie an, welche Wochentage und Tageszeiten als Behandlungstermin für Sie in Frage kommen:

Die Anmeldung kann jederzeit formlos, z.B. telefonisch, widerrufen werden. Vereinbarte Behandlungstermine können bis 2 Arbeitstage (48 Stunden) vorher geändert oder abgesagt werden. Behandlungstermine, die nicht oder nicht rechtzeitig abgesagt werden, werden gemäß § 615 BGB privat in Rechnung gestellt.

Ich habe das Praxisinformationsblatt und die Information zum Datenschutz gelesen, die darin erwähnten Bedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Onlinebehandlung: Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen ein.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Herr Rozin die oben angegebene E-Mail-Adresse dazu verwendet, mir einen Terminlink zuzusenden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Name

Unterschrift

Datum