

Anmeldeformular

Hiermit möchte ich anmelden: mich mein Kind

Name: _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Überweisender Arzt: _____

Telefonnummer: _____

Ich gebe mein Einverständnis, dass die Firma Praxis für Ergotherapie Martin Bukatz meine Daten zum Austausch mit dem Verordnenden Arzt, therapeutischen Fachkräften und ggf. mit der Einrichtung, in welcher die Behandlung stattfindet, wie Schule, Kindergarten und Pflegeheim nutzt.

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen innerhalb von 24 Stunden vorher absagen muss. Ausserdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden. Der Anrufbeantworter ist rund um die Uhr geschaltet.

Unterschrift

Datum, Ort