



Anmeldung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit erheblich die Arbeit.

Name

Vorname [First name] / Titel

Geburtstag Tag / Monat / Jahr [Date of birth D / M / Y]

Strasse [Street] / Hausnummer [House number]

Land PLZ (Postcode) Ort (City)

→ Abweichende Rechnungsanschrift / Rechnungsempfänger

Erziehungsberechtigte(r) [Guardian] / Versicherte(r) Name Vorname [First name] / Titel

Strasse / Hausnummer [Street / House number]

Land PLZ [Postcode] Ort [City]

▶ Bitte mindestens eine Rufnummer angeben!

Telefonnummer Privat [Privat Phone number] Telefonnummer Geschäft / Dienst [Phone Office]

Faxnummer Privat Faxnummer Geschäft / Dienst

Mobilrufnummer [Mobil number]

E-Mail Adresse

Beruf [Occupation]

Bitte wenden →→→



Udo Froneberg
Heilpraktiker
Praxis für **Manuelle Neurotherapie** nach Froneberg®
Nervenreflextherapie am Fuß nach Froneberg®

Vaalsen Str. 525
52074 Aachen ▪ Deutschland
Tel +49 – (0)241 - 4 13 40 75
Mobil 0176 – 62 93 83 65
Mail Froneberg@Heilpraktiker.ac
Web www.Heilpraktiker.ac

Zutreffendes bitte ankreuzen! ☒

Waren Sie schon einmal bei mir in Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, ca. in welchem Jahr?

Angaben zur Versicherung in Deutschland

- PRIVAT** Vollversichert
- PRIVAT Zusatz**versichert (inkl. Heilpraktikerleistungen)
- BEIHILFE** berechtigt (Beamte / **KEINE freie Heilfürsorge**)
- POST "B"** berechtigt (Postbeamte)
- Gesetzlich-** (Freiwillig-) versichert
- Finanzamtbeleg** [Belege werden nur für max. 1 Jahr rückwirkend erstellt!]
Sie können die Kosten ggf. steuerlich geltend machen, fragen Sie diesbezüglich ihren Steuerberater.

Bitte beachten Sie

► Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommenen oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit **€ 40,-** privat in Rechnung gestellt werden.

► In dieser Praxis werden Patienten per EDV erfasst.
Hierzu werden ihnen zwei gesonderte Datenschutzerklärungen zur Unterzeichnung vorgelegt.
Bitte entschuldigen sie den bürokratischen Aufwand, aber der Gesetzgeber verlangt das seit März 2018 von uns.

Aachen, den _____

Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten