

ANMELDUNG

WARTELISTE THERAPIEPLATZ ERWACHSENE

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Mobiltelefon _____ Nachricht auf Mobilbox erlaubt? Ja Nein

Vorstellungsgrund / Anliegen

Wurde in den letzten zwei Jahren bereits eine Therapie durchgeführt? JA NEIN

Gab es in den letzten 12 Monaten einen Klinikaufenthalt? JA NEIN

Wann ist eine Therapie möglich? Wochentag: MO DI MI DO FR
(Mehrfachnennung möglich)

Uhrzeit: 8:00-11:00 UHR 11:00-15:00 UHR 15:00-17:00 UHR

Gewünschter Therapeut Weiblich Männlich

Möglicher Therapiebeginn _____

Zur Verkürzung der Wartezeit auf einen Therapieplatz bin ich damit einverstanden, dass meine Daten an die unten aufgeführten Standorte im Verbund weitergeleitet werden.

Bitte entsprechendes ankreuzen oder durchstreichen

- CoMedicum Rotkreuzplatz CoMedicum Lindwurmhof
 CoMedicum Sendlinger Tor CoMedicum Marsstraße CIP Akademie

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wichtige Information

Die psychotherapeutische Praxis ist eine reine Bestellpraxis, das heißt, der jeweilige Termin ist exklusiv für den jeweiligen Patienten reserviert. Erscheint ein Patient nicht zum vereinbarten Termin entsteht der Praxis dadurch ein Honorarausfall. Dieser Schaden wird der Praxis weder von der gesetzlichen, noch von der privaten Krankenversicherung ersetzt. Die Praxis ist also darauf angewiesen, dass der Patient stets zum vereinbarten Termin erscheint oder aber den Schaden ersetzt, wenn er einen Termin versäumt. Bei Absagen später als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin bzw. bei Versäumnis der Sitzung fallen im Regelfall eur 60,- Ausfallkosten an.

Anmeldedatum, Unterschrift _____