

ANMELDUNG WARTELISTE THERAPIEPLATZ ERWACHSENE

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____

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

Uhrzeit: 9:00-11:00 UHR 10:00-14:00 UHR 15:00-18:00 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 CIP Akademie

Anmeldedatum _____