



## Anmeldung

---

Name des Patienten	Vorname	Geburtsdatum
--------------------	---------	--------------

Vorname

Geburtsdatum

---

Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum
-----------------------	---------	--------------

---

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

---

Telefon privat	Telefon dienstl.	Handy
----------------	------------------	-------

---

Krankenkasse / Privatversicherung	behandelnder Arzt
-----------------------------------	-------------------

Hiermit erlaube ich:

- dass meine Handynummer im Diensthandy der Therapeutin gespeichert wird
- Kommunikation mit der Therapeutin via WhatsApp
- dass Fotos und Tonaufnahmen zu therapeutischen Zwecken gemacht werden

Ich habe folgende Informationen gelesen, zur Kenntnis genommen und mich mit allen Punkten durch meine Unterschrift einverstanden erklärt:

- Datenschutzbestimmung
- dass Faxe zum / vom verordnendem Arzt gesendet werden dürfen
- Ausfallsregelung
- Zuzahlungsregelung
- Aufsichtspflicht

---

Datum

Unterschrift