



Jörn Squarr & Rebecca Squarr

Am Wasserturm 6
40668 Meerbusch
Tel.: 02150 / 70 57 67
Fax: 02150 / 70 57 43

info@physio-awt.de
www.physio-awt.de

Physiotherapie für Kinder und Erwachsene

Behandlungsvertrag /Anmeldung Kinder

Patient Name, Vorname			Geb. Datum
Straße		Ort PLZ	
Telefonnummer		Handy:	

Arzt (Adresse/Tel)	
--------------------	--

1. Erziehungs - berechtigter		2. Erziehungs- berechtigter	
Straße		Straße	
Ort PLZ		Ort PLZ	
Telefonnummer		Tel. Nr.	
Handy:		Handy	
E-mail		E -mail	

- Die Behandlung erfolgt ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen.
- Mir ist bekannt, dass Termine für mein Kind bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigte Termine mir privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden

Diese vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und **erkenne sie ausdrücklich an**. Beide Parteien haben ein Exemplar erhalten. Weiterhin bestätige ich das ich ein Exemplar des **Infoblatt Patientenaufnahme** erhalten habe.

Einverständniserklärung

- Mein Kind _____ (min 10 Jahre alt) darf
- _____ darf in Vertretung für den Erhalt von

therapeutischen Leistungen für _____ unterschreiben.
Name des Kindes

Datum / Unterschrift Praxis

Datum / Unterschrift Patient
Bzw. des Erziehungsberechtigten