

**TREFFPUNKT
GESUNDHEIT**

www.physiotherapie-dombo.de

Barbara Dombo
Physiotherapie
82216 Maisach, Frauenstr. 31
82256 FFB, Schöngeisinger Str. 36 A
Termine: 08141 / 5091130**Anmeldung/
Einverständniserklärung**

- Mitglied
 Angehöriger
 Rentner
 Privat
 Beihilfe

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,
damit Ihre persönlichen Daten nicht von anderen wartenden Patienten auf-
genommen werden, füllen Sie diese Anmeldung/Erklärung bitte vollständig aus.
Vielen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit!

Name	Vorname	Geb.-Datum	
Straße	Wohnort	Tel. priv.	
Fax-Nr.:	e-mail	Tel. dienstl.	
Krankenkasse	befreit bis	<input type="checkbox"/> Name Karte o.k.	Hausarzt

Es ist mir bekannt, daß ich vereinbar-
te Termine 24 Stunden vorher
absagen muß, sofern ich diesen nicht
wahrnehmen kann. Außerdem bin ich
informiert, daß unent-schuldigt nicht
wahrgenommene oder nicht
rechtzeitig abgesagte Termine mir
privat in Rechnung gestellt werden.

Diese Erklärung gilt auch für Selbst-
zahler.
Meine Daten werden elektronisch
verarbeitet, im Computer gespeichert
und wenn nötig, an die Abrechnungs-
stellen der jeweiligen Krankenkassen
und bei Nichtzahlung des vereinbar-
ten Honorars nach Ablauf der Zah-

lungsfrist an die Inkasso-Partner-
unternehmen der JURCASH GmbH
weitergegeben. Der TREFFPUNKT
GESUNDHEIT verwendet meine Ad-
ressdaten zu Dienstleistungs- oder
Produktinformationen. Mit der Zusen-
dung, auch via e-mail, bin ich einver-
standen.

Bitte vor Ihrer Behandlung angeben: Allergien Unverträglichkeiten Herzschrittmacher Anderes

Fürstenfeldbruck/Maisach, _____ 2011

Unterschrift

**TREFFPUNKT
GESUNDHEIT**

www.physiotherapie-dombo.de

Barbara Dombo
Physiotherapie
82216 Maisach, Frauenstr. 31
82256 FFB, Schöngeisinger Str. 36 A
Termine: 08141 / 5091130**Anmeldung/
Einverständniserklärung**

- Mitglied
 Angehöriger
 Rentner
 Privat
 Beihilfe

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,
damit Ihre persönlichen Daten nicht von anderen wartenden Patienten auf-
genommen werden, füllen Sie diese Anmeldung/Erklärung bitte vollständig aus.
Vielen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit!

Name	Vorname	Geb.-Datum	
Straße	Wohnort	Tel. priv.	
Fax-Nr.:	e-mail	Tel. dienstl.	
Krankenkasse	befreit bis	<input type="checkbox"/> Name Karte o.k.	Hausarzt

Es ist mir bekannt, daß ich vereinbar-
te Termine 24 Stunden vorher
absagen muß, sofern ich diesen nicht
wahrnehmen kann. Außerdem bin ich
informiert, daß unent-schuldigt nicht
wahrgenommene oder nicht
rechtzeitig abgesagte Termine mir
privat in Rechnung gestellt werden.

Diese Erklärung gilt auch für Selbst-
zahler.
Meine Daten werden elektronisch
verarbeitet, im Computer gespeichert
und wenn nötig, an die Abrechnungs-
stellen der jeweiligen Krankenkassen
und bei Nichtzahlung des vereinbar-
ten Honorars nach Ablauf der Zah-

lungsfrist an die Inkasso-Partner-
unternehmen der JURCASH GmbH
weitergegeben. Der TREFFPUNKT
GESUNDHEIT verwendet meine Ad-
ressdaten zu Dienstleistungs- oder
Produktinformationen. Mit der Zusen-
dung, auch via e-mail, bin ich einver-
standen.

Bitte vor Ihrer Behandlung angeben: Allergien Unverträglichkeiten Herzschrittmacher Anderes

Fürstenfeldbruck/Maisach, _____ 2011

Unterschrift