



# PATIENTENBLATT

Vorname:

---

Nachname:

---

Adresse:

---

Telefonnummer:

---

Versicherungsnummer:

---

Zuweisender Arzt:

---

Falls Sie aus irgendeinem Grund einen vereinbarten Therapietermin nicht wahrnehmen können, bitte ich Sie diesen mindestens 24 Stunden vor der Therapie telefonisch abzusagen. Damit habe ich die Möglichkeit diesen Termin anderen Patienten anzubieten. Vereinbarte Termine die weniger als 24 Stunden vor der Therapie abgesagt wurden, sowie nicht wahrgenommene Therapien, werden zu 100 Prozent verrechnet. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

**Unterschrift**

---