

OSTEOPATHIE ZENTRUM LIMBURG

Bergstraße 2 * Pfarrweg 2 * 65549 Limburg an der Lahn * Telefon: 06431-5847635
Email: kontakt@osteopathie-zentrum-limburg.de
www.osteopathie-zentrum-limburg.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Abrechnungsstelle **SoliPrax e.K.** wird mit der Rechnungsabwicklung beauftragt. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Zustimmung.

Für diesen Zweck werden die erforderlichen Daten übermittelt. Dabei werden die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Schweigepflicht und des Datenschutzes strikt eingehalten. Ihnen entstehen keinerlei zusätzliche Kosten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ort: _____ **Datum:** _____ **Unterschrift:** _____

IHRE PERSÖNLICHEN DATEN / DATEN IHRES KINDES

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse & Hausnummer: _____

PLZ & Wohnort: _____

Krankenkasse: _____ Versicherter: _____

falls notwendig:

Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Vater: _____ Geburtsdatum: _____

Liegt eine Verordnung vor? _____ Datum: _____ Diagnose: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

Mobiltelefon: _____ Email: _____

Mir ist bekannt, dass ich einen Termin, den ich nicht wahrnehmen kann,

bis spätestens 18 Uhr am Vortag absagen muss.

Unentschuldigte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir privat in Rechnung gestellt.

Ort: _____ **Datum:** _____ **Unterschrift:** _____