



Praxis  
für  
Physiotherapie  
Karin Goemans

## Anmeldebogen

---

Nachname /Vorname

---

Straße /Hausnummer

---

Postleitzahl/Ort

---

Geburtsdatum

---

Telefonnummer

---

E-Mail

---

Krankenkasse

Zahlungsbefreit:                      Ja     Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass sich die Praxis für Physiotherapie Karin Goemans vorbehält mir einen vereinbarten Termin privat in Rechnung zu stellen, sofern ich diesen Termin nicht mindesten **24 Stunden** vor Beginn des Termins absage.

Erftstadt,

---

Datum

Unterschrift