

PERSONALIEN		
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Adresse	PLZ / Ort	Beruf
_____	_____	_____
KONTAKTDATEN		
Telefon Privat	Telefon Geschäft	Mobile
_____	_____	_____
E-Mail	_____	

ARBEITGEBER		
Name		

Adresse	PLZ / Ort	
_____	_____	

Diagnose: _____

Behandlung läuft über:

<input type="checkbox"/> KRANKHEIT Name der Krankenkasse: _____ _____ Versicherten-Nummer/ Kundennummer: _____ AHV – NR. (MUSS AUSGEFÜLLT SEIN) 756. _____	<input type="checkbox"/> UNFALL <input type="checkbox"/> Ich habe die Unfalldeckung bei der Krankenkasse. Name der Unfallversicherung/ Krankenkasse: _____ Unfalldatum: _____ Schadenummer und AHV – NR.: _____ 756. _____
--	---

Hiermit bestätige ich folgendes zur Kenntnis zu nehmen:
Im Falle einer versäumten Konsultation (<24 h vorher absagen) wird der volle Betrag verrechnet.
Kosten welche die Krankenkasse oder Unfallversicherung nicht übernimmt werden Privat in Rechnung gestellt.

Datum	Unterschrift
_____	_____

Liebe Patienten.

Beim ersten Termin bitten wir Sie die vom Arzt ausgestellte Verordnung für Physiotherapie mitzubringen.

Bitte melden Sie sich beim ersten Termin beim Empfang der Physiotherapie an.

Bringen Sie bitte folgendes zu Ihrem Physiotherapietermin mit:

- saubere Turnschuhe
- bequeme Sportkleidung (kurze Hose und T-Shirt)
- ein grosses Handtuch
- Mundschutz

Eine Garderobe mit Dusche ist bei uns vorhanden.

Bitte zögern Sie nicht uns zu kontaktieren, wenn noch Fragen da sind.

Besten Dank

Ihr Orthophysio Team