

Bitte LESERLICH und VOLLSTÄNDIG ausfüllen - sonst keine Bearbeitung!

Patient:

Name:..... **Vorname:**..... **geb. am:**.....

Anschrift:..... **Telefon:**.....

.....

Datum, Ort:.....

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters:.....

Hiermit bestätige ich die Hinweise zum Datenschutz auf Seite 1 gelesen zu haben:

.....(Unterschrift des Patienten)

wichtig für unsere Rechnungslegung: Sind Sie privat versichert?	ja / nein
Benötigen Sie unsere Zubereitung unbedingt alkoholfrei?	ja / nein

kurze Beschreibung der momentanen Symptome/ kurze Krankheitsgeschichte:
(ggf. auch auf der Rückseite oder einem gesonderten Blatt)