Praxis Rimma Siemens, Eichenkamp 3,
32351 Stemwede-Dielingen
Tel. 05474 1364

D.O.
RIMMA
PRAXIS SIEMENS

ANMELDUNG

Sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Patienten | Vorname | Geburtsdatum

Bei nicht volljährig bitte Erziehungsberechtigten angeben

Straße | Wohnort | Tel. Privat

Tel. dienstlich | Handynummer

E-Mail-Adresse

Name der Krankenkasse_____

Zuzahlungen: □ nicht befreit □ befreit

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? □ Ja □ Nein,

wenn ja, wann? _____

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit informiert,
dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.

Datum | Unterschrift