

Anmeldeformular

OSTEOPATHIE ZENTRUM GLÜCKSKIND

Großbachstraße 15 * 65549 Limburg an der Lahn * Telefon: 06431-5847635

Email: kontakt@osteopathie-zentrum-glueckskind.de

IHRE PERSÖNLICHEN DATEN oder DATEN IHRES KINDES

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ & Wohnort: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfeberechtigt? ____ja ____nein

Liegt eine Verordnung vor? ____ja ____nein

Arzt: _____ Diagnose: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

Mobiltelefon: _____ Email: _____

BEI KINDERN:

Rechnungsempfänger: _____ (Mutter/Vater)

Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Vater: _____ Geburtsdatum: _____

Mir ist bekannt, daß ich einen Termin,
den ich auch bei kurzfristiger Krankheit nicht wahrnehmen kann,

24 Stunden vorher

absagen muss.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir privat in Rechnung gestellt.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____