

## Anmeldung

Sehr geehrte\*r Patient\*in,

herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diese Anmeldung **vollständig in Druckbuchstaben** aus.

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße & Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

---

Telefonnummer

Mobilnummer

---

E-Mail-Adresse

Name der Krankenkasse

Ja  Nein

---

Hausarzt\*in/ Orthopäd\*in

Sind Sie von der Zuzahlung befreit?

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?  Ja  Nein

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Sollten Sie am Wochenende erkranken können Sie Ihren Termin zu Montag auch auf dem Anrufbeantworter oder E-Mail absagen. Termine die nicht rechtzeitig abgesagt oder unangekündigt nicht wahrgenommen werden, müssen wir Ihnen in Rechnung stellen.

Köln, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich erlaube die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten an meine behandelnden Ärzt\*innen, Therapeuten sowie an etwaige Betreuer\*innen oder Erzieher\*innen hat.

Köln, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift