



ERGOMOTION HEIDE

Praxis für Ergotherapie & Neurorehabilitation

ANFRAGE ZUR AUFNAHME ALS PATIENT*IN

IN DER PRAXIS ERGOMOTION HEIDE

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Praxis für Ergotherapie. Um Ihre Anfrage schnell und gezielt bearbeiten zu können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Anliegen. Diese Angaben helfen uns, Ihre Bedürfnisse besser zu verstehen und die weitere Planung optimal zu gestalten. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Daten streng vertraulich. Bitte füllen Sie das folgende Formular vollständig aus.

Wir setzen uns so bald wie möglich mit Ihnen in Verbindung.

Vielen Dank!

ANSCHRIFT

Jette Marx & Simone Marktscheffel GbR
Husumer Str. 100
25746 Heide

TELEFON

0481 78767313

E-MAIL

info@ergomotion-heide.de

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Name, Vorname

Telefonnummer

Adresse & Ort

E-Mail

Geburtsdatum

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Diagnose laut Verordnung

Verordnender Arzt
inkl. Kontaktdaten

Hausarzt
inkl. Kontaktdaten

Krankenversicherung
inkl. Kontaktdaten

Ich habe bereits folgende Therapien abgeschlossen:

Ich erhalte zur Zeit folgende Therapien:

Wann könnten Sie Termine wahrnehmen?

z.B. nur an bestimmten Tagen oder nur zu bestimmten Zeiten

Dürfen wir uns beim telefonischen Kontakt mit dem Namen unserer Praxis melden?

ja

nein

Dürfen wir Ihnen eine Nachricht auf der Mailbox hinterlassen?

ja

nein

Ich stimme dem Austausch mit anderen Ergotherapeuten und Ärzten zu und bin damit einverstanden, dass meine Daten für den Zweck der Bearbeitung meiner Anfrage genutzt werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben, entbinde die Praxismitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber dem verordnenden Arzt.

Datum & Unterschrift