

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße + Nr.: _____ PLZ + Ort: _____
Krankenkasse: _____ E-Mail: _____
Telefon: _____ Mobil: _____

Um vorab Ihre Therapie nach Ihren Wünschen planen zu können, streichen Sie in nachfolgender Tabelle bitte die Zeiten, die bei Ihnen **nicht** möglich sind:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
7:00					
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					

Arbeiten Sie im Schichtdienst: ja nein Sind Sie flexibel: ja nein , Ausnahmen: _____

Spätestens bei der 2. Behandlung bitten wir Sie die **Rezeptgebühr** zu bezahlen.

Sind Sie von der gesetzlichen Rezeptgebühr befreit? Ja Nein

Bitte bringen Sie zu Ihrer Behandlung ein **großes (Bade-)/Handtuch, bequeme Kleidung und eventuell Hallensportschuhe** mit. Wir bitten Sie zu beachten, dass Rezepte **spätestens** 28 Tage nach Ausstellungsdatum begonnen werden müssen und **maximal** 14 Tage unterbrochen werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert und damit einverstanden, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mir privat, in Höhe von 15€ je 30 Minuten, in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die ORTEMA GmbH Auskünfte über Behandlungstermine an anfragende Familienangehörige erteilen darf. Ja Nein

Ich möchte Informationen zu meiner Versorgung (z.B. Terminerinnerungen) per E-Mail erhalten. Mir ist bewusst, dass dies unverschlüsselt geschieht und meine Daten von Dritten mitgelesen werden können. Ja Nein

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____