

Sehr geehrte/r Patient/in

Sie haben sich entschieden das Formular lieber von Hand auszufüllen. Bitte werfen Sie es bei uns in den Briefkasten oder schicken Sie es uns mit der Post zu.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich: \_\_\_\_\_

Sind Sie vom Arzt zur Zeit krank geschrieben? Wenn ja, bis wann: \_\_\_\_\_

Welcher Arzt hat die Verordnung ausgestellt? \_\_\_\_\_

Welche Therapie und wie oft haben Sie vom Arzt verordnet bekommen?

|                                 |                         |
|---------------------------------|-------------------------|
| _____ Krankengymnastik          | _____ Manuelle Therapie |
| _____ Bobath (Erwachsene)       | _____ Lymphdrainage     |
| _____ Schlingentisch / Traktion | _____ Fango / Naturmoor |
| _____ Massage                   | _____ Rotlicht          |
| _____ Elektrotherapie           | _____ Sonstiges: _____  |

An welchen Tagen und zu welcher Uhrzeit können Sie zur Therapie kommen?

|                     |            |            |
|---------------------|------------|------------|
| _____ Montag        | von: _____ | bis: _____ |
| _____ Dienstag      | von: _____ | bis: _____ |
| _____ Mittwoch      | von: _____ | bis: _____ |
| _____ Donnerstag    | von: _____ | bis: _____ |
| _____ Freitag       | von: _____ | bis: _____ |
| _____ zu jeder Zeit | von: _____ | bis: _____ |

Außer: \_\_\_\_\_

Wir werden uns sobald wie möglich telefonisch oder per email bei ihnen melden.

**Physiotherapiezentrum**

**Sandra Schwarz**