

Was wir über Sie wissen wollen

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Handy _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

PKV

GKV

Haben Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?

Was erhoffen sie sich vom Besuch bei uns?

Wie lange, glauben Sie, wird es dauern dieses Ziel zu erreichen?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Gibt es Besonderheiten? (Unfall; Operation; Erkrankung)

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Für alle Folgen jeder Behandlung hafte ich selbst. Außerdem stimme ich zu, dass Morton Chiropraktik mich kontaktieren darf.

Coburg, den _____ Unterschrift _____

Ausfallpauschale:

Falls Sie Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir um rechtzeitige Absage. Termine, die nicht mind. 1 Tag vorher verschoben werden, werden mit 50,00 € Ausfallpauschale in Rechnung gestellt. Wir bitten um Verständnis.

Dies habe ich zur Kenntnis genommen und willige ein.

Coburg, den _____ Unterschrift _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten elektronisch gespeichert werden und das Morton Chiropraktik mich telefonisch und schriftlich für Terminvereinbarungen / Rückfragen bezüglich meiner Behandlung kontaktieren darf.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Coburg, den _____ Unterschrift _____

Umgang in der Praxis:

Wir möchten mit Ihnen zusammen an Ihrer Gesundheit arbeiten. Erfolgreiches Arbeiten als Team fängt unserer Meinung nach schon bei dem Umgang miteinander an. Aus diesem Grund ist das „Du“ bei uns in der Praxis gebräuchlich. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, lassen Sie uns dies bitte wissen.

**Der Arzt verbindet deine Wunden.
Dein innerer Arzt aber wird dich gesunden.**

- Der Kerngedanke der Chiropraktik -