



Persönliche Angaben

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____



Versicherung

Krankenkasse _____

Kostenträger

- ☐ Krankenversicherung (KVG) ☐ Unfallversicherung (UVG) ☐ Invalidenversicherung (IV)
- ☐ Militärversicherung (MV) ☐ Selbstzahler

Falls Unfall

Unfalldatum _____ Unfallnummer _____



Hausarzt



Bemerkungen (optional)



Terminregelung

Bitte sagen Sie Termine mindestens **24 Stunden im Voraus** ab.
Nicht oder verspätet abgesagte Termine werden privat in Rechnung gestellt.



Datenschutz

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der physiotherapeutischen Behandlung sowie der administrativen Abwicklung gemäss den geltenden Datenschutzbestimmungen bearbeitet werden.



Ort / Datum



Unterschrift



Im Belano Ostermundigen
Paracelsusstrasse 2, 3072 Ostermundigen



Telefon: 031 317 19 77



WhatsApp: 078 266 00 23



www.physiobantiger.ch



info@physiobantiger.ch