



Internistische Praxis Brüne * Bonner Ring 73 * 50374 Erftstadt

Anmeldung Tauch und Sportmedizinische Untersuchung

Betr.: Behandlung / Untersuchung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon für Terminrückruf: _____

Wunschtermin: _____

FACHARZTPRAXIS FÜR
INNERE MEDIZIN
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

SPORTMEDIZIN



TAUCHERARZT



AUSBILDUNGSPRAXIS DER
UNIVERSITÄT ZU KÖLN



NOTFALLMEDIZIN

PROKTOLOGIE

PSYCHOSOMATISCHE
GRUNDVERSORGUNG

PSYCHOTHERAPIE

AKUPUNKTUR

HOMÖOPATHIE

TAUCHLEHRER 2 VDST

TRAINER A DOSB

BEHINDERTENTAUCHLEHRER

BONNER RING 73
50374 ERFTSTADT

FON: 02235 / 53 43
FAX: 02235 / 69 29 40

*ANGESTELLTE ÄRZTIN

Vereinbarung

Für den Fall, dass ich die mit der internistischen hausärztlichen Praxis Brüne, Dr.Neye-Bock vereinbarten Termine in Bezug auf Untersuchungen und Behandlungen aus dem Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen, Sport- und Tauchsportuntersuchungen und /oder psychotherapeutischen Sitzungen nicht wahrnehmen kann, ohne mindestens 24 Stunden vorher abgesagt zu haben, verpflichte ich mich zur Zahlung eines pauschalen Schadensersatzes je Termin wegen entgangener Einnahmen in Höhe von 50,00€.

Mir ist bekannt, dass es sich bei der Vereinbarung dieser Termine um eine reine Bestellterminierung handelt und die für mich eingeplanten Zeiträume nicht für andere Patienten genutzt werden können.

Die Zahlung der für den Ausfall der Behandlung / Diagnostik wird nicht von den gesetzlichen oder privaten Kostenträgern erstattet.

_____,
Ort / Datum

Unterschrift