



Praxis für Physiotherapie

Clemens Schlerith, PT
Enziangasse 11
2522; Oberwaltersdorf
Tel: 06804445099
DVR-Nr: 4001747

Patientendatenblatt

Name:	
Geb. Datum:	
Adresse:	
PLZ:	
Telefon:	
Mail:	

Sollten Sie eine Therapie **nicht** in Anspruch nehmen können, ersuche ich um **rechtzeitige Terminabsage**. (mindestens 24 Stunden vorher)

Zu spät stornierte Termine und unentschuldigtes Fernbleiben werden mit 50% der Kosten in Rechnung gestellt!

Datenschutzerklärung:

Ihre Daten werden für therapeutische Dokumentationszwecke auf meinem PC lokal gespeichert und nicht an 3e Personen weitergegeben.

Sie können Ihre Angaben jederzeit widerrufen.

Ort/Datum:

Unterschrift Patient