Dr. med. Dipl.-Psych. Rita R. Trettin

Hudtwalckerstr. 2-8 22299 Hamburg Fon: 040 – 464818 Fax: 040 – 461222

praxis@neurologiewinterhude.de www.neurologiewinterhude.de



## **Anmeldung zur Demenzsprechstunde**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Demenzsprechstunde an.

Der zeitliche Umfang der Beratung beträgt mind. 30 Minuten und wird nach Bedarf entsprechend erweitert. Über die damit verbundenen Kosten wurde ich informiert. Ich habe die Praxisbroschüre "Demenz – was nun" mit der aktuell gültigen Preisliste erhalten.

Meine persönliche Sprechstunde wurde wie folgt vereinbart:	
um Uhr. (Datum) (Uhrzeit)	
Daten des Patienten/Teilnehmers	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
Ort Datum Unterschrift des Teilnehmers hzw. des gesetzt Vertreters	

Die Anmeldung kann vor Beginn des Termins mittels schriftlicher Erklärung widerrufen werden. In diesem Falle ist die vereinbarte Gebühr wie folgt zu entrichten:

- bei Rücktritt 14 Tage vor dem oben genannten Termin entfällt die Pflicht zur Entrichtung der Gebühr
- bei Rücktritt 7 Tage vor dem oben genannten Termin sind 50 % der vereinbarten Gebühr zu entrichten
- bei Rücktritt bis zum Vortage des oben genannten Termins sind 75 % der vereinbarten Gebühren zu entrichten

Eine Stornierung der Anmeldung ist am Tage des Termins nicht mehr möglich, so dass die Gebühren in voller Höhe zu entrichten und Erstattungen von bereits geleisteten Zahlungen ausgeschlossen sind.