



Katja Otte
Dipl. oec. troph.
Ernährungsberatung Halberstadt

Katja Otte, Taubenstraße 26, 38820 Halberstadt



Ihr Zeichen

Unser Zeichen

Ihr Schreiben Unser Schreiben vom

Datum

Patientenanmeldung Ernährungsberatung

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Ich bin für Sie da! Das setzt voraus, dass Terminabsprachen verantwortungsbewusst erfolgen.

Ich möchte Sie daher bitten, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Erfolgt keine rechtzeitige Absage, wird der Termin dem Patienten persönlich in Rechnung gestellt.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Anmeldebedingungen für die Ernährungstherapie an.

Datum

Unterschrift