

# Direktzugang des Patienten zum Therapeuten

JA - ich bin für den Direktzugang zu meinem Therapeuten, ohne vorherigen Arztkontakt

Nr.	Name, Vorname	Vollständige Adresse	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Bitte senden Sie die ausgefüllte(n) Unterschriftenliste(n) per Post oder Telefax an:

Verband Physikalische Therapie (VPT) e.V.  
Hofweg 15  
22085 Hamburg  
Telefax: 0 40 - 22 72 32 29  
www.vpt.de

Ihr Praxisstempel:

W