

ANMELDUNG



Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit. **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon privat

Telefon dienstlich

Telefon mobil

Fax/E-Mail

Krankenkasse

Hausarzt

Versicherter

Mitglied Angehöriger Rentner
Zuzahlungen nicht befreit befreit Beihilfeberechtigt ja nein

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung

nein ja Wenn ja, wann? _____

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass zur Dokumentation Bilder angefertigt und gespeichert werden.

ja nein

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muß. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift des Patienten