

Anmeldung

Sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit.

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Dienstlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____

Versicherter: _____

Mitglied Angehöriger Rentner

Zuzahlungen nicht befreit befreit

Waren Sie schon einmal
bei uns in der Praxis? ja nein

Wie sind Sie auf unsere
Praxis aufmerksam geworden? Internet Empfehlung

Sonstiges: _____

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Std. vorher absagen muss**. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden. Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie uns Ihr Einverständnis, dass Ihre Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert bzw. Ihre Rezepte zur Abrechnung an die Krankenkassen weitergeleitet werden.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____