

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?     ja, wenn ja wann? \_\_\_\_\_     nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

--

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 unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

In dieser Praxis werden Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert bzw. mein Rezept zur Abrechnung an das Rechenzentrum weitergeleitet.

Datum	Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreters *
-------	--