

Anmeldung

Bitte füllen Sie die Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name	
Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hs.Nr.:	
PLZ	Wohnort
Tel. Privat	Tel. Dienstlich
Tel. Mobil	Fax/Mail
Krankenkasse	Hausarzt
Versicherter	

Mitglied	Angehöriger	Rentner	Privatversichert		
Zuzahlungen	befreit	nicht befreit	Beihilfeberechtigt	ja	nein

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung ?

nein Ja, wenn ja wann?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden ?

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 std. 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.

Datum	Unterschrift des Patienten
-------	----------------------------