

Patientenanmeldung

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon privat _____ mobil _____

E-Mail _____

Krankenversicherung _____

Gesetzlich Versicherte: Sind Sie von der Zuzahlung befreit? nein ____ ja ____

Dies bedeutet, dass ein gewisser zu zahlender Eigenanteil, abhängig von der Verordnung, geleistet werden muss. Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, bitten wir Sie uns den Befreiungsausweis vorzulegen. Andernfalls begleichen Sie den Betrag bitte am Anfang Ihrer Behandlungsserie.

Privat Versicherte: privat _____ mit Beihilfe _____

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? nein ____ ja ____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung ____ Internet ____ Werbung ____ Sonstiges _____

Bitte beachten Sie:

Sofern Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie den Termin **24 Stunden** vorher abzusagen. Verspätet abgesagte oder versäumte Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.

Datum _____

Unterschrift des Patienten _____