

## 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 \_\_\_\_\_