

Anmeldung

Sehr geehrte Patienten,
bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit Arbeit.

Name

Vorname	Geburtsdatum
---------	--------------

Straße

PLZ	Wohnort
-----	---------

Telefon privat	Telefon dienstlich
----------------	--------------------

Telefon mobil	E-Mail
---------------	--------

Krankenkasse	Hausarzt
--------------	----------

Zuzahlung: Befreit Nicht befreit
Beihilfe berechtigt: Ja Nein
Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
Bekannte / Freunde / Familie	Internet
Arzt	-----

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 unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Höhe der ausgefallenen Behandlung in Rechnung gestellt werden.

In dieser Praxis werden Patientendaten zu Behandlungs-, Organisations- und Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert bzw. mein Rezept zur Abrechnung an das Rechnungszentrum / die Krankenkasse weitergeleitet.

Detaillierte Informationen zum Umgang mit Patientendaten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung im Wartezimmer.

Mit meiner Unterschrift willige ich in, dass meine Daten während des Behandlungszeitraums gespeichert, verarbeitet und an Dritte weitergegeben dürfen.

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