

# Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name
------

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

Straße Hausnummer
-------------------

Postleitzahl	Wohnort
--------------	---------

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

Versicherter
--------------

Mitglied     Angehöriger     Rentner  
Zuzahlungen     Nicht befreit     Befreit    Beihilfeberechtigt     Ja     Nein

Zur Erleichterung eventueller Terminabsprachen bitten wir Sie folgende Kontaktdaten einzutragen:

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

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

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
---

--

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können.

Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Ich war in den letzten 12 Wochen nicht wegen meines aktuellen Krankheitsbildes in therapeutischer Behandlung.

Datum	Unterschrift Patient
-------	----------------------