

Anmeldung Privatversicherte

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

Name Vorname

Anrede|Titel Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Hausarzt | verordnender Arzt | Adresse

Name | Private Versicherung

Basistarif Standardtarif beihilfeberechtigt

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?

ja nein wenn ja wann?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Ich bin darüber informiert, dass die Behandlung als Einzel-, als Gruppen- oder Therapie in Form telemedizinischer Leistungen erfolgt.

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 vereinbarten Vergütung in Rechnung gestellt werden.

Datum Unterschrift des Patienten

Datum Name des gesetzlichen Vertreters Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Nichtzutreffendes bitte streichen