

Anmeldung

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

Name des/der Patienten/in: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name des/der Versicherten: _____

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: _____ E-Mail: _____

Waren Sie schon einmal bei uns? (Wenn ja, wann?)

Welche Diagnose wurde bisher gestellt?

Beachten Sie! Je flexibler Sie sind, desto kürzer wird die Wartezeit sein.

Bitte tragen Sie hier mögliche Zeiträume ein, z.B. 8-13 Uhr etc. (Zeiten zwischen 8 Uhr und 18 Uhr sind möglich)

| Montag | | Dienstag | | Mittwoch | | Donnerstag | | Freitag | |
|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|
| Vormittag | Nachmittag | Vormittag | Nachmittag | Vormittag | Nachmittag | Vormittag | Nachmittag | Vormittag | Nachmittag |
| | | | | | | | | | |

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.

Datum: _____

Unterschrift: _____