

## ANMELDUNG

### Patient

Vorname: ..... Name: ..... geb. am: .....

Straße: ..... Tel./Fax privat: .....

PLZ: ..... Ort: ..... Tel./Fax geschäftl.: .....

Beruf\*: ..... Arbeitgeber: .....

\*freiwillige Angaben

Privat versichert:  ja  nein      Gesetzlich versichert:  ja  nein

Versicherung: ..... Krankenkasse: .....

Beihilfeberechtigt:  ja  nein      Pflichtversichert:  ja  nein

Liquidation in 2facher      Freiwillig versichert:  ja  nein

Ausfertigung erwünscht  ja  nein      Zusatzversicherung:  ja  nein

### Versicherter (nur ausfüllen, falls anders als unter Patient angegeben)

Vorname: ..... Name: ..... geb. am: .....

Straße: ..... Tel./Fax privat: .....

PLZ: ..... Ort: ..... Tel./Fax geschäftl.: .....

Beruf\*: ..... Arbeitgeber: .....

\*freiwillige Angaben

**Erkrankungen**  Angina pectoris       Diabetes       Schilddrüsenerkrankung       Bluthochdruck

Medikamentenallergie       Herzschrittmacher       Künstliche Herzklappe       Bluterkrankheit

Infektionskrankheiten (AIDS, Tb, Hepatitis u.a.)       Sonstige Allergie: .....

Sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie  nein

Medikamente ein?  ja, und zwar:

Röntgen      Wann – und wenn ja, weshalb – wurden Sie das letzte Mal geröntgt: .....

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?  ja  nein

Sind Sie schwanger?  ja, im ..... Monat       bin nicht sicher       nein

Adresse Ihres Arztes .....

Tel.: ..... Fax.: .....

**Hinweis zur Kranken-** Wenn Sie Ihre Krankenversichertenkarte heute nicht vorlegen können, reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, versichertenkarte weil wir sonst unsere erbrachten Leistungen privat berechnen müssen.

**Hinweis zur Zahn-** Zu Beginn einer Zahnersatzbehandlung ist die Hälfte der voraussichtlichen Behandlungskosten anzuzahlen, die noch ausstehenden ersatzbehandlung Kosten werden bei Behandlungsabschluss fällig. Alternativ können davon abweichende Zahlungsvereinbarungen getroffen werden.

**Hinweis zur Terminvereinbarung** Wir vereinbaren unsere Termine so, dass in der Regel keine oder nur geringe Wartezeiten entstehen und wir Sie in Ruhe untersuchen oder behandeln können. Deshalb bitten wir Sie, dass Sie Ihren Termin, wenn Sie ihn nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen, weil wir Ihnen sonst die reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung stellen. Wir bitten Sie daher, mit Ihrer Unterschrift anzuerkennen, dass wir in einem solchen Fall berechtigt sind, Ihnen einen Betrag von Euro 50,- pro angefangene halbe Stunde zu berechnen.

**Hinweis zum Datenschutz** Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

### In der Praxis auszufüllen

Ort, Datum: ..... Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter: .....

Ausgewiesen durch:  Versichertenkarte       Personalausweis/Reisepass, Nr.: .....