

## Anmeldung erstmaliger Patienten

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Organisation.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name  Vorname  Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ  Wohnort

Telefon privat  Telefon dienstlich  Telefon mobil

FAX/E-MAIL (bitte für papierlose Unterlagen angeben)

Krankenkasse  Hausarzt / Facharzt

Zuzahlungen:  nicht befreit  befreit  ja  nein

Beihilfeberechtigt  ja  nein

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Ich erkläre mich einverstanden, dass zur Dokumentation Bilder angefertigt und gespeichert werden:

ja  nein



## Information zur Absagepflicht

Mir ist bekannt, dass ich,

Name

\_\_\_\_\_

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 (innerhalb der 24 Std.) privat in Höhe von **40€ je angefangene Halbestunde** LEIDER in Rechnung gestellt werden.

Dazu gehören u.a.

Stau, Längere Arbeitszeiten, Krankheitsfälle, Verspätung öffentlicher Verkehrsmittel

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Gesetzl. Vertreters

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_