

Anmeldebogen

Name: _____

Vorname (Patient/in): _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____

Hauptversicherter :

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Kontakt gewünscht auch über: E-Mail

Die Praxis übernimmt keine Haftung für die Datensicherheit bei elektronischer Datenübermittlung.
Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen

Ich bin privat versichert Ich bin Selbstzahler

Die Daten werden mindestens 10 Jahre gespeichert und können teilweise auf Anforderung von Labor, Abrechnungsstelle oder Apotheke an diese weitergegeben werden.

Unabhängig von der Erstattung durch die Private Krankenversicherung schuldet der Patient das Honorar persönlich in voller Höhe gegenüber der Gemeinschaftspraxis.

Die Rechnung ist innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungserstellung zu begleichen.

München, den _____

Unterschrift