

## **Anmeldung für neu in Behandlung tretende Privatpatienten**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort (mit Postleitzahl): \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Telefon (mit Vorwahl): \_\_\_\_\_

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Name/Vorname des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Anschrift des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

---

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine Bericht an den Hausarzt?     Ja     Nein    ( an mich)

Ich bin mit einer privaten Abrechnung meiner Behandlung nach der gültigen  
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einverstanden.

Sollte z. B. die private Krankenversicherung, die Postbeamtenkasse oder  
Beihilfestelle Rechnungspositionen nicht oder nicht vollständig erstatten, so  
berechtigt mich dies nicht zur Kürzung der Rechnung.

---

Datum

---

Unterschrift