

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