

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Str. / Wohnort: _____

Tel.Nr.: _____ Email: _____

Handy-Nr.: _____ Beruf: _____

Versicherung: gesetzlich Kasse: _____

privat Kasse: _____

ggf. Höchstsatz: _____

• Regelmäßig eingenommene Medikamente: _____

• Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten? _____

• Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein einen Defibrillator? Ja Nein

• Gesetzlicher Betreuer oder andere Personen, (bitte Adresse und Tel.-Nr. angeben) die Sie von der Schweigepflicht entbinden wollen: _____

• Hausarzt (Name, Ort): _____

• **Dürfen wir dem Hausarzt / Überweiser die Ergebnisse mitteilen?** Ja Nein

_____ Datum

_____ Unterschrift

Hiermit erkenne ich an, dass ich daran gebunden bin, die vereinbarten Termine einzuhalten. Mir ist bekannt, dass ich den von uns erhaltenen Termin mindestens 2 Werktage vorher absagen muss. Erfolgt keine rechtzeitige Absage und wird ein Termin nicht wahrgenommen, kann private Abrechnung einer Entschädigung in Höhe des Betrages, der von meiner Krankenkasse (gesetzlich oder privat) bezahlt würde, für den ausgefallenen Termin erfolgen. Die Informationen zum Datenschutz (s. Rückseite) habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Falls sich Änderung ergeben, sind Sie verpflichtet dies der Praxis mitzuteilen.

eingescannt