

Datum: \_\_\_\_\_

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.  
Bitte überprüfen Sie diese und teilen uns mögliche Änderungen mit.  
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert ja [ ] nein [ ]  
Freiwillig versichert ja [ ] nein [ ]  
Haben Sie eine private Zusatzversicherung ja [ ] nein [ ]  
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja [ ] nein [ ]

Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Telefon Büro: \_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? \_\_\_\_\_  
Versicherter: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weitere Angaben

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge,  
um erneute Erkrankungen zu vermeiden? ja [ ] nein [ ]

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert  
werden? [ ] telefonisch [ ] per SMS  
[ ] per E-Mail

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.