

Anmeldung /Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person.

Persönliche Daten

Nachname	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	akt. Tätigkeit	_____
Straße	_____	Hausnummer	_____
PLZ	_____	Wohnort	_____
Tel. privat	_____	Tel. mobil	_____
Tel. geschäftl.	_____	E-Mail	_____

Versicherungsangaben

Gesetzlich?	JA?	☐	Name:	_____
Zuzahlungsbefreit	JA?	☐	NEIN?	☐
Privat?	JA?	☐	NEIN?	☐
Beihilfe?	JA?	☐	NEIN?	☐

Weitere Angaben

Hatten | Haben Sie Beschwerden | Erkrankungen | Verletzungen am Bewegungsapparat oder an den Organen? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

NEIN? ☐

JA? ☐

Bspw.: Schmerz- o. Schlafmittel | Antidepressiva | HKL-Medikamente | Blutdruck- o. Cholesterinsenker | Blutverdünner | Insulin

Wurden bei Ihnen operative Eingriffe durchgeführt? Wenn ja, welche?

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass unentschuldigte, nicht wahrgenommene oder nicht mindestens 24 Std. vorher abgesagte Termine privat in Höhe von 20,00€ pro Termineinheit in Rechnung gestellt werden.

Datum, Ort: _____

Patient Unterschrift: _____

Datenschutzhinweis: Ich bestätige, dass ich die Datenschutzinformationen der Praxis gemäß Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen habe.