

Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name Vorname		Geburtsdatum	
Straße Hausnummer			
Postleitzahl		Wohnort	
Versicherter		Krankenkasse	
Hausarzt		Überweisender Arzt	
<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Angehöriger	<input type="checkbox"/> Rentner	
Zuzahlungen		<input type="checkbox"/> nicht befreit <input type="checkbox"/> befreit	
Bemerkungen BG Anschrift Versicherter			
Befreiungs-Ausweis-Nr.			
Gültig bis			

Zur Erleichterung eventueller Terminabsprachen bitten wir Sie folgende Kontaktdaten einzutragen:*

Telefon privat	Telefon mobil
Fax	Mail

*Freiwillige Angaben zur besseren Kommunikation

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Ja Nein Wenn ja, wann? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Datum	Unterschrift Patient
-------	----------------------

Wichtige Information für Sie zur Zuzahlung:

Für die Heilmitteltherapie wird eine gesetzliche Zuzahlung erhoben, die sich an den Kosten der Heilmitteltherapie orientiert. Im Falle eines Behandlungsabbruchs oder einer Vergütungsänderung wird der ggf. zu viel entrichtete Betrag zurückgezahlt.

Sollte dies bei mir der Fall sein, bitte ich darum, den entsprechenden Betrag auf mein untenstehendes Bankkonto zu überweisen.

Hinweis: Mir ist bekannt, dass die Praxis meine zum Zwecke des Zuzahlungsmanagements notwendigen Daten speichert und verarbeitet. Ich wurde darüber informiert, dass ich die Nutzung der Daten zu diesem Zwecke jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass ich mich bei fehlender Mitteilung der Kontodaten oder bei späterem Widerruf an die Praxis wenden kann, um die Rückzahlung des ggf. überzahlten Betrags zu veranlassen.

Kontoinhaber Name und Vorname	
Adresse	
Kreditinstitut Name und BIC*	
IBAN	
Ort Datum	Unterschrift Kontoinhaber

* BIC nur bei nicht Innerdeutschen Überweisungen zwingend notwendig