

# Anmeldung und Patientenaufklärung

Praxisname und Anschrift \_\_\_\_\_

Behandelnder Therapeut: \_\_\_\_\_

## Patientendaten:

Patient:	
Geburtsdatum:	
Erziehungsberechtigte:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Beruf:	
Tel-Nr. privat o. Handy-Nr.:	
Tel-Nr. beruflich	
E-Mail:	

**Für eine korrekte Rechnungserstellung, bitten wir Sie um genaue Angaben zu Ihrer Krankenversicherung. Bitte beachten Sie, dass eine rückwirkende Rechnungsänderung nicht möglich ist. Daher bitte Änderungen der Versicherung vor Behandlungsbeginn mitteilen.**

## Bitte ankreuzen:

Krankenkasse	Name der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse + Beihilfeerstattung	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse + privater Zusatzversicherung	
<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Beihilfeerstattung + privater Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Postbeihilfe	

**Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, sind bis spätestens 1 Arbeitstag vor dem Behandlungstermin abzusagen. Patienten, die dringend einen Termin benötigen, sind dankbar. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt. Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes.**

Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und bin damit einverstanden.