

## Anmeldungsbogen

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße mit Hausnummer, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse (**wenn privatversichert:**) \_\_\_\_\_

Name, Adresse und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers (**wenn privatversichert:**)

\_\_\_\_\_

Mit der Übermittlung von Befunden an (nicht zutreffendes bitte streichen) *den Hausarzt – den überweisenden Arzt – zukünftig behandelnde Ärzte – Krankenhäuser – Medizinischen Dienst der Krankenkassen* bin ich einverstanden. Dieses Einverständnis gilt bis zum Widerruf.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage so dürfen (werden) wir Ihnen einen Betrag von 50 Euro als pauschalisierten Schadensersatz in Rechnung stellen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Aktuelle Medikation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergien:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten/der Patientin