



# Patientenanmeldung

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Unser Kleingedrucktes:

1. Die Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache mit Ihnen. Sollten Sie nicht pünktlich erscheinen, so kann keine Behandlung garantiert werden.
2. Ohne Vorlage eines gültigen, korrekt ausgefüllten Rezeptes und ggf. der notwendigen Genehmigung durch die Krankenkasse, können wir nicht tätig werden. Überprüfen Sie auch, ob Ihre Mitgliedsangaben zur Krankenkasse noch aktuell sind. In der Zeit, in der Rezeptdaten geändert oder nachgetragen werden müssen, trägt der Patient die Zahlungsverpflichtung für die geleistete Behandlung. Dies gilt auch bei Weigerung zur Kostenübernahme oder Nichterstattung durch die Krankenkasse.
3. Wenn Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 12 Stunden vorher ab. Nicht mindestens 12 Stunden vorher abgesagte Termine werden Ihnen privat in Rechnung gestellt. Die Höhe der Ausfallgebühr bemisst sich dabei nach den z.Zt. für die Behandlung geltenden Vergütungssätze Ihrer gesetzlichen Krankenkasse. Eine Quittierung des Termins auf dem Rezept ist nicht möglich.
4. Das Parken auf unseren Praxisparkplätzen geschieht auf eigene Gefahr.
5. Für Garderobe oder Wertgegenstände wird keine Haftung übernommen.
6. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten, soweit zur Durchführung des Behandlungsvorganges notwendig, zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch unsere Praxis-EDV gespeichert und zum Zwecke der Abrechnung an Dritte weitergeben werden.
7. Diese Patientenanmeldung gilt, bis zum Widerruf, für alle weiteren Verordnungen.

Datum/Unterschrift des/der Behandelten bzw. Erziehungsberechtigten

---