

## Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus, Sie erleichtern mir damit die Arbeit.  
Vielen Dank!

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Name, Vorname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Geburtsdatum                                       |
| Straße                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PLZ, Ort                                           |
| Telefon privat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Telefon mobil                                      |
| E-Mail-Adresse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |
| Krankenkasse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Versicherungsnummer                                |
| Beihilfe-berechtigt?<br>___ ja      ___ nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PKV Vollversicherung/Zusatzversicherung?           |
| Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |
| <p>Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen muss.<br/>Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (&lt; 24 Std. vor dem Termin) in Höhe von Euro 40,-- in Rechnung gestellt werden.</p> <p>Die aktuelle Preisliste wurde mir ausgehändigt, ebenso wurde ich über die Verarbeitung meiner Daten gemäß DSGVO aufgeklärt und bin damit einverstanden.</p> |                                                    |
| Datum _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Unterschrift der Patientin/<br>des Patienten _____ |