Aufnahmebogen

1. Persönliche Daten

Anrede :.....

Vorname . Name :..... Geburtsdatum :.....

Name (Kind) :..... Geburtsdatum (Kind) :.....

Strasse . Haus Nr. :..... PLZ . Wohnort :.....

Hausarzt (Name/ Ort) :.....

Telefon (Privat / Mobil) :.....

E-Mail :.....

Ihre Behandlung können Sie direkt im Anschluss bequem per EC-Karte bezahlen.

Bitte prüfen Sie Ihre E-Mail Adresse sorgfältig. An diese senden wir Ihnen nach der Behandlung in geschützter Form automatisch Ihre Rechnung, um die Umwelt zu entlasten.

2. Krankenkasse

◯ Privat versichert ◯ Beihilfe

◯ Zusätzl. privat versichert ◯ Gesetzlich versichert Krankenkasse :.....

3. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

◯ Unsere Website ◯ Freunde . Bekannte

◯ Gesundheitsportal (z.B. Jameda) ◯ Flyer

◯ Suchmaschinen Suche (z.B. Google) ◯ Presse / Veranstaltung

◯ Überwiesen d. diesen Arzt :..... ◯ Anderer Weg :.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Angaben im Anmeldebogen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.

:.....
Ort . Datum

:.....
Unterschrift

Praxisinterne Vermerke :.....

:.....

:.....