

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um eine reibungslose Erfassung der allgemeinen Patientendaten zu gewährleisten, bitten wir Sie, sich kurz die Zeit zu nehmen, um die unten folgenden Fragen zu beantworten. Sie erleichtern uns damit unsere Arbeit ganz wesentlich. Selbstverständlich werden diese Daten alle entsprechend geltendem Datenschutzrecht vertraulich behandelt. Bitte beachten Sie auch die Datenschutzhinweise auf der Rückseite dieses Formulars.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Tel.-Nr.: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Versicherung: _____ Beihilfe: _____ %

Mitglieds-Nr.: _____ Status: M F R

Hausarzt: _____

Bei minderjährigen Patienten benötigen wir noch die persönlichen Angaben des Erziehungsberechtigten (Rechnungsempfänger):

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Tel.-Nr.: _____

Anschrift (*falls abweichend von der Patientenanschrift*):

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____