



## Aufnahmebogen

Patientendaten:

\_\_\_\_\_  
Name / Family Name

\_\_\_\_\_  
Beruf / Profession optional

\_\_\_\_\_  
Vorname / First Name

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber / Employer optional

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum / Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Telefon beruflich / Telephone at job

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer / Adress

\_\_\_\_\_  
Telefon privat / Telephone at home

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort / Zip Code and City

\_\_\_\_\_  
Mobiltelefon / Mobile

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherung / Insurance

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse / email

\_\_\_\_\_  
Hauptversicherte/-r und Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Hausarzt und Adresse

\_\_\_\_\_  
Facharzt und Adresse

### Stationäre Versicherung:

Gesetzlich

Privat  1-Bett  2-Bett  Wahlleistung:

Privatversicherte Patienten erhalten von uns eine Rechnung, die wir bitten, binnen 10 Tagen zu begleichen. Die Rechnungsstellung beruht auf der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Auch bei den Selbstzahlerleistungen errechnen sich die Kosten aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie Materialkosten. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kann in den Praxisräumen von Ihnen eingesehen werden.

Für Termine, die nicht eingehalten werden, berechnen wir einen gemittelten Honorarsatz und ggf. Materialkosten. Die Rechnung ist binnen 10 Tagen in bar, mit Bank Card oder per Überweisung zu begleichen.

Ich habe die obigen Ausführungen gelesen und kenne diese Bedingungen an:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzliche/-r Vertreter/-in