

**Guten Tag, Sie möchten Patientin / Patient in unserer Praxis werden.
Bitte füllen Sie hierzu diesen Bogen sorgfältig aus. Danke**

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr., PLZ, Ort: _____

Telefonnummer, Mobiltelefon: _____

Name der Versicherung / Krankenkasse: _____

Hauptversicherungsnehmer (falls abweichend): _____

Rechnungsadresse (falls abweichend): _____

Versicherungsart:

gesetzlich pflichtversichert

und

private Zusatzversicherung / Wahltarif

gesetzlich pflicht- oder freiwillig versichert mit einem Zusatz für:

ambulante private Behandlung

stationäre private Behandlung

Sonderleistungen außerhalb des
gesetzlichen Krankenkassen- Bereichs

maximaler Steigerungssatz (lt. Vertrag): _____

oder

**privat versichert
nach:**

allgemeiner Regelsatz vollversichert

Sondersatz; **bitte spezifizieren Sie:**
(z.B. Post-B., Studenten usw.)

maximaler Steigerungssatz (lt. Vertrag): _____

oder

nicht versichert:

Ich erkläre mich zur privaten Begleichung jeder erfolgenden Rechnung bereit.

Einverständniserklärung:

Rechnungen auf der Grundlage der GOÄ, dem üblichen 2,3 bis 3,5-fachen Steigerungssatz für ärztliche Leistungen, dem 1,8 – fachen Steigerungssatz für Sachkosten und dem 1,15 – fachen Steigerungssatz für Laborleistungen, werde ich unabhängig vom Kostenerstattungsverhalten meiner Krankenkasse, ungekürzt begleichen, sofern diese nicht meinen oben angegebenen Versicherungsdaten widersprechen.

Bad Neuenahr, den _____

Datum

Unterschrift des Patienten

Eine Änderung im Bezug auf meine Krankenversicherungsbedingungen teile ich Ihnen unverzüglich mit.

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die im Zuge der Behandlung erhoben und gesammelt werden, auch einem Arzt zugänglich gemacht werden, der den Praxisinhaber – etwa urlaubsbedingt, in Fällen einer Fortbildung oder einer Erkrankung – vertritt. Dies soll auch für in der Praxis angestellte Ärzte oder Praxisnachfolger gelten.

Ich bin darüber informiert, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Bad Neuenahr, den _____

Datum

Unterschrift des Patienten

Bitte beachten Sie, dass Sie (bei einer privaten Behandlung) gegebenenfalls zusätzlich zu unserer Rechnung auch eine Rechnung der Laborärzte, an die wir die Blutproben etc. schicken, erhalten werden.