

PATIENTENDATEN



Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen mit!

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Versicherter/Mitglied (nur ausfüllen, wenn Sie nicht selbst Versicherter sind)

Name	Vorname	Geburtsdatum
ggf. abweichende Anschrift des/der Versicherten		

Kontaktdaten

Straße		Hausnummer
Ort		PLZ
Telefon	Fax	Mobil
E-Mail		

Beruf / Arbeitgeber

Arbeitgeber	Telefon
Anschrift	Beruf

Versicherungsstatus

Krankenkasse	Ihre Krankenkasse	Ihre Mitgliedsnummer
---------------------	-------------------	----------------------

gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> mit Zusatzversicherung	Welche Zusatzversicherung?
------------------------------	---	----------------------------

privat versichert	<input type="checkbox"/> vollversichert <input type="checkbox"/> Basis-Tarif <input type="checkbox"/> Beihilfe	Welche Beihilfe?
--------------------------	--	------------------

Mein Hausarzt

Praxis	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Pflegegrad

nach § 15 Abs. 1
SGB XI

<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung von	Überweisung von
<input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Ausfallrechnung bei Nichteinhaltung von Terminen:

Wir sind eine Bestellpraxis. Das bedeutet: Die für Sie geplanten Behandlungstermine reservieren wir ausschließlich für Sie. Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte **mindestens 24 Stunden vorher**. Wir bitten um Verständnis, dass wir **nicht eingehaltene Termine ohne vorherige Absagen im Rahmen eines Ausfallhonorars in Rechnung stellen**. Das Ausfallhonorar beträgt ca. 50 € je angefangene halbe Stunde.

Einwilligungserklärung:

„Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung meiner Daten ausdrücklich ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).“

Datum	Unterschrift
-------	--------------