



Für unsere Praxis-Administration, der Korrespondenz mit den Krankenkassen und im Rahmen des Datenschutzes benötigen wir einige persönliche Angaben. Danke, dass Sie sich dafür einen Moment Zeit nehmen.

Vorname, Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon Privat / Mobile _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Zusatzversicherung _____

Versicherten-Nr. _____

Einverständniserklärungen

Ich erteile hiermit die Erlaubnis, Korrespondenz mit mir per E-Mail zu führen sowie die Rechnung per E-Mail zuzustellen. Dabei bin ich mir bewusst, dass die Zustellung von E-Mails im unverschlüsselten Modus geschieht.

Ich erteile hiermit die Erlaubnis, dass meine hier eingetragenen Angaben in einem elektronischen Patientendossier lokal gespeichert und wenn erforderlich im Rahmen der Abrechnung / Korrespondenz mit meiner Krankenkasse weitergeleitet werden. Sollten weitere Instanzen (Inkassofirmen, Betreibungsamt u.a.) informiert werden, erhalten diese lediglich Daten, welche keine Rückschlüsse auf die Behandlung erlauben.

Ich nehme zudem zur Kenntniss, dass Termine, die nicht 24 Std. vorher abgemeldet werden, verrechnet werden. Die Krankenkasse übernimmt in diesem Fall die Kosten nicht.

Ort/Datum

Unterschrift