

# Anmeldung und Patientenaufklärung

## Patientendaten:

Patient Name	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer	
PLZ und Ort:	
Telefon Nr.:	
E-Mailadresse:	
Erziehungsberechtigte bei Kindern	
<b>Krankenversicherung</b>	Gesetzlich Privat

**O Bitte senden Sie mir bis auf Widerruf die Rechnung elektronisch als PDF-Dokument per E-Mail zu. Die Rechnungen werden verschlüsselt versendet.**

**O Bitte senden Sie mir die Rechnung per Post zu**

Für eine korrekte Rechnungserstellung, bitten wir Sie um genaue Angaben zu Ihrer Krankenversicherung. Bitte beachten Sie, **eine rückwirkende Rechnungsänderung ist nicht möglich**. Daher bitte Änderungen der Versicherung vor Behandlungsbeginn mitteilen.

**Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, sind bis spätestens 1 Arbeitstag vor dem Behandlungstermin abzusagen.** Patienten, die dringend einen Termin benötigen, sind dankbar. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mit **pauschal 50 Euro** in Rechnung gestellt. Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes.

