



Dr. Dr. R. Kettner Dr. Dr. M. Erbe Dr. Dr. A.-D. Gerner Dr. G. Stockbrink

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich willkommen in unserer Gemeinschaftspraxis. Bitte helfen Sie uns, einen erfolgreichen Behandlungsverlauf zu ermöglichen, und füllen Sie bitte hierzu diesen Bogen sorgfältig aus.

	Patient	Versicherter*)
Nachname und Geburtsname :		
Vorname :		
Geburtsdatum :		
Straße mit Hausnummer :		
Postleitzahl und Wohnort :		
Krankenkasse / Versicherung :		
Telefon privat :		
Mobiltelefon :		
Telefon beruflich :		
Rechnungsempfänger, falls abweichend :		
Rechnungsadresse, falls abweichend :		

*) Wenn Sie nicht selber versichert sind, geben Sie bitte die Personalien des Versicherten (s.o. rechte Spalte) an.

Überweisender Zahnarzt / Arzt:	
Letzte Röntgenuntersuchung:	
Schwangerschaft:	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Die Erstellung der Rechnung erfolgt auf der gesetzlichen Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte in der aktuell gültigen Fassung.

Bitte beachten Sie als gesetzlich versicherter Patient, dass die Erstellung einer DVT-Aufnahme keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse ist und deshalb **nicht** von Ihrer Krankenkasse erstattet wird.

Erklärung zum Datenschutz: Ich erkläre, dass ich alle Angaben freiwillig gemacht habe. Die personenbezogenen Daten werden mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung entsprechend den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der mich überweisende Arzt/Zahnarzt einen Bericht über meine Behandlung erhält, und entbinde deshalb den /die Behandler der Gemeinschaftspraxis von der Schweigepflicht gegenüber meinem mich überweisenden Arzt/Zahnarzt: Ja Nein

Aachen, den _____

Unterschrift : _____