

Anmeldeformular

Name: _____ Vorname: _____
Strasse, Nr.: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____
Geburtsdatum: _____ zuweisender Arzt: _____
E-Mail: _____
Tel. privat: _____ Tel. Geschäft: _____
Mobile: _____ Beruf: _____
Krankenkasse: _____
Versichertennummer: _____
Hausarzt-/ärztin: _____

Deutsch English Ungarisch Andere: _____

Ich wünsche folgendes Abrechnungssystem:

- Arztrechnung direkt an Krankenversicherung
- Arztrechnung an mich

Anliegen:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Muttermalkontrolle | <input type="radio"/> Operation | <input type="radio"/> Hautkrebs |
| <input type="radio"/> Akne / unreine Haut | <input type="radio"/> Warzen | <input type="radio"/> anderes: _____ |
| <input type="radio"/> Haar- / Nagelerkrankungen | <input type="radio"/> Ekzem / Ausschlag | _____ |

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Vereinbarte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, bitte 24 Stunden vorher absagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden verrechnet.