



Patientenerklärung

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse Ihrer Behandlung sorgfältig und gewissenhaft aus. Bei Fragen helfen wir gerne.

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Überweisender Arzt – Name, Adresse, Telefon

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte hier die Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung von Minderjährigen

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter