

Behandlungsvertrag für neue Patienten/Patientinnen

Personalien:

Patientenname: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Handynummer: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstlich: _____

Email: _____ Beruf: _____

Privatversicherung: _____ Selbstzahler **Krankenkasse:** _____

- Die Rechnung wird nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu den üblichen Steigerungssätzen erstellt.
- Ich bin darüber informiert, dass Termine, die nicht 24 h vorher abgesagt werden, in Rechnung gestellt werden.
- Ich bin einverstanden, dass ich für Kontrolluntersuchungen und zur Terminerinnerung per SMS oder Email angeschrieben werde.

Datum

Unterschrift des/der Patienten/Patientin oder der gesetzlichen Vertretung

Versichert:

selbst
 über Mutter/Vater Name, Vorname _____

geboren am _____

Adresse (falls abweichend) _____

PLZ, Ort _____

Gesetzliche Vertretung: Name, Vorname _____ geboren am _____

Bevollmächtigung von Dritten

Ich bevollmächtige folgende Personen, Rezepte oder Befunde abzuholen, nachdem deren Identität von der Praxis Dr. Isabel Gahlen, bei Abholung festgestellt wurde.

Name der Person 1: _____ Geburtsdatum: _____

Name der Person 2: _____ Geburtsdatum: _____

Ich weiß, dass ich die Vollmacht jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Datum

Unterschrift des/der Patienten/Patientin oder der gesetzlichen Vertretung