



Anmeldeformular

Dermatologische Praxis Dr. med. Katrin Reischl

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Zivilstand:
Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern):			Nationalität:
PLZ:	Ort:	Strasse und Hausnummer:	
Telefon privat:		Telefon Geschäft:	
Mobile:		E-Mail:	
Beruf:	Selbständig: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Arbeitgeber:	
Wer ist Ihre Hausärztin/ Ihr Hausarzt?			
Name:		Ort:	
Welche Ärztin/ welcher Arzt hat Sie zugewiesen?			
Name:		Ort:	
Name der Krankenkasse: Ort/Sektion:		Mitgliedsnummer:	
Sind Sie in einem Hausarztmodell versichert? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, ist eine schriftliche Überweisung von Ihrem Hausarzt notwendig.			
Sind Sie in einem Telmed-Modell versichert? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann haben Sie die Konsultation mit Ihrer Krankenkasse abgeklärt? Datum:			
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?			
<input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte		<input type="checkbox"/> Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Anderes
<input type="checkbox"/> Ärztin / Arzt		<input type="checkbox"/> Internet	
Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung und das Inkasso notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen (Betreibungsamt, Friedensrichteramt, zuständige Gerichte) weiterzuleiten. Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.			
Datum:		Unterschrift:	

Bitte legen Sie am Empfang Ihre Krankenkassenkarte vor.