



Anmeldebogen

Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name, Vorname (des Kindes)

Geburtsdatum (des Kindes)

Angaben zur/zum Hauptversicherten

Name, Vorname (Hauptversicherte/-r)

Geburtsdatum (Hauptversicherte/-r)

Telefon / Mobil

E-Mail

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Krankenkasse / Versicherung

Name der Kasse / Versicherung

Versichertennummer

Vorstellungsanlass

Kurze Schilderung des Anliegens

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Empfehlung von _____
- ☐ Internet / Homepage
- ☐ Sonstiges _____

Einwilligung zur Datenweitergabe

Der Patient bzw. dessen Erziehungsberechtigte erklärt/erklären sich mit der Unterschrift bereit, dass

- ☐ die persönlichen Daten
- ☐ die auf der eGK gespeicherten persönlichen Daten
- ☐ die Behandlungsdaten (Termine)
- ☐ die im Laufe der Vorgespräche ermittelte Behandlungsdiagnose

gemäß den Regelungen des SGB V (§§ 294, 295, 296 und 298 sowie §§ 275, 276) zu Abrechnungs-, Prüf- und Kontrollzwecken an die Kassenärztliche Vereinigung bzw. an die Krankenkasse des Patienten weitergegeben werden. Die Weiterleitung der o. g. Patientendaten richtet sich exakt nach den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes.

Der Termin wird im Falle von Nichteinhaltung des Erstgespräches in Rechnung gestellt, sollte dieser nicht mindestens 48 Stunden vorher abgesagt werden. Im Falle von Nichtbezahlung offen stehender Rechnungen/Mahnungen werden Forderungen über Inkassounternehmen eingefordert. In diesem Fall entbinde ich nach vorheriger Ankündigung durch die Praxis diese bezüglich offener Rechnungen ohne Angabe von Diagnosen gegenüber Inkassounternehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten