

## Patientenblatt Ärzteteam Seewadel

**Bitte füllen Sie dieses Formular (Rückseite beachten) vollständig aus.**

Name, Vorname	
Strasse, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Tel. privat / Tel. Geschäft	
Natel	
E-Mail	
Krankenkasse	
Versicherungs-Nummer	
Arbeitgeber: Firma & Adresse	

Möchten Sie eine Kontaktperson angeben? (bei Minderjährigen obligatorisch)

Name, Vorname	
Adresse	
Tel. privat / Natel	
E-Mail	

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten sparen kann. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich erteile die Erlaubnis, direkt mit der Krankenkasse abzurechnen (Tiers Payant) und, wenn notwendig, die erforderlichen Daten an eine Inkassofirma weiterzuleiten. Versäumte Konsultationen werden dem Patienten direkt in Rechnung gestellt.

Datum:

Unterschrift:

