

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie, uns noch einige Angaben zu Ihrer Person zu geben.

PATIENTENBOGEN

Patientin / Patient

Name, Vorname	
Straße / Nr.	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
Telefon nächster Angehöriger	
E-Mail	
Krankenkasse	

Versicherung

Selbstversichert Familienversichert*

*wenn Familienversichert, bitte Daten des/der Hauptversicherten angeben

Name, Vorname	
Straße / Nr.	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	

Zusatzversicherung

Keine Stationär zusatzversichert Ambulant zusatzversichert

Name der privaten Zusatzversicherung	
--------------------------------------	----------------------

Privatversichert

Regelversicherungssatz (Steigerungsfaktor bis 3,5/2,5)

KVB I-III

KVB IV

Post B

Beihilfe

Basistarif

Standardtarif (1,7/1,3)

Standardtarif (1,8/1,38)

Studententarif

Ich bestätige, dass ich in der oben genannten Krankenkasse/-Versicherung Mitglied bin.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Patienten / Patientin

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die AUGENKLINIK REGENSBURG die erforderlichen Patient/innenunterlagen wie u. a. Befunde, Labordaten und sonstige Behandlungsunterlagen zum Zwecke der Weiterbehandlung:

1. an nachfolgend näher bezeichnete Ärzte

Hausarzt
(Name, Adresse)

Überweisender Arzt
(Name, Adresse)

Weitere Ärzte
(Name, Adresse)

2. an nachfolgend näher bezeichnete Person

Nächster Angehöriger
(Name, Adresse)

3. an die weiterbehandelnden Ärzte des Krankenhauses Barmherzige Brüder Regensburg

4. an die behandelnden Ärzte des AOZ Candis, Anästhesie

aushändigen oder weitergeben darf.

Ich bin über den Umfang und den Inhalt dieser Einverständniserklärung bezüglich der Weitergabe meiner Patient/innendaten ausreichend aufgeklärt worden. Zudem wurde ich darüber belehrt, dass diese Erklärung freiwillig erfolgt und ich sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Bekannte / Verwandte

Fitnessstudio

Facebook

Radiowerbung

Google

Instagram

Buswerbung

Für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten:

Ihre Krankenversicherung verlangt, dass die Krankenversicherungskarte zu jedem Praxisbesuch mitgebracht werden soll. Liegt die Versicherungskarte innerhalb von 10 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so muss die Behandlung als Privatbehandlung betrachtet werden und eine entsprechende Privatrechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) zugestellt werden. Falls Sie zu dem Termin verhindert sind, sagen Sie bitte mindestens 48h vorher ab, um uns die Möglichkeit zu geben, den Termin neu zu vergeben.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Denken Sie bitte daran, zu Ihrem Termin Ihre Versichertenkarte mitzubringen.
Privatpatienten und Selbstzahler bitten wir, einen gültigen Personalausweis vorzulegen.