

Zur Person

Name:..... Vorname:.....

Geb.-Datum:.....

Beruf:.....

Brauchen Sie eine Krankmeldung/ Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach der Operation? O ja O nein

Straße:..... Wohnort:.....

Tel. (privat):..... Tel. (mobil):

Für gesetzlich versicherte Patientinnen

Überweisungsschein vorhanden? Ja Nein

Bitte nennen Sie uns Ihre Krankenkasse:

Sind Sie Zusatzversichert?

Es besteht eine Zusatzversicherung für ambulant privatärztliche Behandlung

Bitte nennen Sie uns Ihre Versicherung:

Beinhaltet Ihr Versicherungstarif irgendwelche Besonderheiten?.....

Für privat versicherte Patientinnen

Bitte nennen Sie uns Ihre Versicherung:

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Beinhaltet Ihr Versicherungstarif irgendeine Besonderheit?

stationäre Unterbringung 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer

Chefarztbehandlung

Basistarif

Standardtarif

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir oben gemachten Angaben.
Sollten die Angaben zum Versicherungsstatus falsch sein, bin ich damit einverstanden, dass mir die Behandlung privatärztlich in Rechnung gestellt wird.

.....
Datum

.....
Unterschrift der Patientin