



DR. DR. UDO SCHERER

Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie

Anmeldung

Patient

Hauptversicherter

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenkasse*/Versicherung: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf: _____

Telefon privat: _____

Telefon beruflich: _____

Handynummer: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Bei Arbeits- oder Wegeunfall bitte Berufsgenossenschaft angeben: _____

- Wünschen Sie für die vertragsärztliche Behandlung Kostenerstattung? ** nein ja
- Haben Sie eine Zusatzversicherung? nein ja
- Sind Sie beihilfeberechtigt? nein ja
- Waren Sie schon einmal in unserer Praxis? nein ja Wann: _____

* Kassenpatienten erhalten eine Privatrechnung, wenn die Krankenversichertenkarte bzw. der Schein nicht innerhalb 10 Tagen vorgelegt wird.

** Seit 01.07.1997 ist Kostenerstattung anstelle der Abrechnung über Versichertenkarte oder Abrechnungsschein für alle gesetzlich Krankenversicherten nach § 13 SGB V auf Wunsch möglich. Das kann für Sie vorteilhaft sein. Sprechen Sie mit uns!

Name und Anschrift Ihres Überweisenden Arztes/Zahnarztes: _____

Name und Anschrift Ihres Hauszahnarztes: _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____

Name und Anschrift Ihres Kieferorthopäden: _____

Welcher Facharzt hat Sie wegen der jetzt in Frage stehenden Krankheit schon behandelt? _____

Durch wen wurden Sie empfohlen? _____

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum, Unterschrift