

## Patienten-Fragebogen (bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

Nachname, Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert

Privat versichert - **nicht** im Standardtarif oder  
Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen)

Privat versichert - im Erweiterten Standardtarif  
(Basistarif-Bedingungen)

Beihilfeberechtigt

Privat versichert - im Standardtarif

Zusatzversicherung bei \_\_\_\_\_

Überwiesen/empfohlen von

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter