



ANMELDEFORMULAR PRIVATPATIENT

ZUNAME _____ **VORNAME** _____

GEBURTSDATUM _____ **TELEFONNUMMER** _____

POSTLEITZAHL _____ **WOHNORT** _____

STRASSE _____

UNTERKUNFT _____ **ABREISEDATUM** _____

Bei Minderjährigen:

NAME DES VERSICHERTEN _____

GEBURTSDATUM D. VERSICHERTEN _____

ALLGEMEINE FRAGEN

- Besteht eine Schwangerschaft?
- Leiden sie an einer Form von Allergie? Wenn ja welche?

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die obigen Angaben korrekt sind. Weiters nehmen Sie zur Kenntnis, dass es sich bei der Behandlung um eine privatärztliche Leistung handelt, die vom Patienten vor Ort zu bezahlen ist und deren Kostenübernahme unter Umständen nicht bei der gesetzlichen Krankenkasse geltend gemacht werden kann. Die Kosten werden in der Regel, bei Einreichen der Honorarnote, von Ihrer Auslandskranken- oder Unfallversicherung vergütet. Die Abwicklung dieser Rückvergütung liegt in jedem Fall in der Verantwortung des Patienten.

Datum: _____

Unterschrift: _____