



## Adressnachfrage

Name

---

Vorname

---

eventuell bisheriger Name

---

Hat sich Ihre Adresse geändert?

ja

nein

Haben Sie Ihre Telekommunikationsdaten geändert?

ja

nein

Falls Ja, meine neuen Daten lauten:

Straße

---

PLZ / Wohnort

---

Telefon privat

---

geschäftlich

mobil

---

Bitte ergänzen:

E-Mail

@

---

Haben Sie eine andere Versicherung?

nein

ja (bitte hier angeben)

---

Rechnungsanschrift  wie bisher

oder

Name

---

Straße

---

PLZ / Wohnort

---

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der gültigen Fassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ich erkläre mich mit den im Rahmen der Diagnoseerstellung und Behandlung zu erfolgenden augenärztlichen Maßnahmen (wie zum Beispiel Augendruckmessung, sogenanntes „Weit“-Tropfen, Tränenfilmbestimmung und Tränenweg-Spülung, Foto-Dokumentationen etc.) ausdrücklich einverstanden.

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Ein Informationsblatt zur Datenverarbeitung in unserer Praxis liegt aus und kann jederzeit eingesehen werden.

Datum

Unterschrift

---