



Anmeldebogen

Name _____ Titel _____

Vorname _____ m w

geboren am _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____ Land _____

Telefon privat _____

_____ geschäftlich _____ mobil

Bitte ergänzen:

E-Mail _____ @ _____

Beruf _____

Krankenversicherung _____ Beihilfe ja

Name (Hauptversicherter/Erziehungsberechtigter) _____

geboren am _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch _____

Lage der Praxis Internet Printmedien (Telefonbuch, Gelbe Seiten)

Werbung (Plakat, Anzeige) Sonstiges _____

Rechnungsanschrift wie oben

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 _____