



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

E-Mail

Haben Sie eine andere Versicherung?

nein

ja (bitte hier angeben)

Rechnungsanschrift

wie bisher

oder

Name

Straße

PLZ / Wohnort

Möchten Sie an Routinekontrollen erinnert werden?

ja

nein

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.

Datum

Unterschrift
