



Anmeldebogen

Name Titel

Vorname

geboren am

Straße

PLZ / Wohnort Land

Telefon privat

geschäftlich mobil

E-Mail

Beruf

Krankenversicherung Beihilfe ja

Name (Hauptversicherter/Erziehungsberechtigter)

geboren am

Wer ist Ihr Hausarzt?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung Empfehlung Arzt Lage der Praxis

Internet Printmedien (Telefonbuch, Gelbe Seiten) Werbung (Plakat, Anzeige)

Sonstiges

Rechnungsanschrift wie oben

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