

Behandlungsvertrag

Anrede Herr Frau

Vorname des Patienten

Nachname des Patienten

Straße

PLZ, Ort

Geb.-Datum des Patienten

Telefon

E-Mail-Adresse

Behandelnder Arzt, Ort

Empfehlung durch

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Ja Nein

Krankenkassenzugehörigkeit

Privat versichert bei

Zusatzversichert bei

Gesetzl. Krankenkasse bei
(mit Erstattungsmöglichkeit)

Gesetzl. Krankenkasse bei
(ohne Erstattungsmöglichkeit)

- Ich habe die AGB (Einsicht: www.praxis-hellenthal.de und Wartezimmer) gründlich gelesen und stimme diesen zu.
- Ich bestätige hiermit, dass ich über die Art, den Umfang, die Durchführung, zu erwartende Folgen, aber auch die Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt worden bin (Einsicht: www.praxis-hellenthal.de und Wartezimmer).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Patientin/des Patienten