

ANMELDUNG

BEVOR ICH MICH ANMELDE, HABE ICH ZUR KENNTNIS GENOMMEN, DASS DIE VON MIR GEWÜNSCHTE(N) ÄRZTLICHE(N) LEISTUNGE(N) AUSSERHALB ALLER KRANKENKASSENSYSTEME ERFOLGT UND DASS ICH KEIN ANRECHT HABE, DIE ENTRICHTETEN GEBÜHREN VON KRANKENKASSEN ERSTATTET ZU BEKOMMEN. ÄRZTLICHE LEISTUNGEN ERFOLGEN AUSSCHLIESSLICH BEI BARZAHLUNG. DIE GEBÜHRENSÄTZE SIND MIR BEKANNT.

NAME:

VORNAME:

GEB.-DATUM:.....

ADRESSE:

.....

BERUF:

PHONE:**MOBIL:**

KRANKENKASSE, ggf.

ZUSATZVERSICHERUNG:.....

Bitte ankreuzen und ergänzen:

ANSTECKENDE ERKRANKUNGEN:	NEIN	JA
DIABETES MELLITUS:	NEIN	JA, seit
RHEUMA:	NEIN	JA, seit
GICHT:	NEIN	JA, seit
DURCHBLUTUNGSSTÖRUNG DER BEINE:	NEIN	JA, seit

OPERATIONEN AN DEN FÜSSEN:

WANN:WO:

WANN:WO:

WEITERE:

RAUM FÜR VEREINBARUNGEN:

DATUM:.....

UNTERSCHRIFT:.....