

Terminbestätigung

am:

um:

Basisdaten

1. Persönliche Angaben

Patientin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon (priv.):

Telefon (dienstl.):

Handy (priv.):

E-Mail:

Patient: Ehemann/ Partner/-in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon (priv.) bei abw. Adresse:

Telefon (dienstl.):

Handy (priv.):

E-Mail:

Familienstand: ☐ Verheiratet ☐ Ledig

☐ Verpartnert

2. Adresse

Straße:

Ort:

ggf. abweichende Adresse

Straße:

Ort:

3. Krankenversicherung

Patientin

Krankenkasse:

Beihilfe: ja nein

Versichertenstatus: ☐ Mitglied
☐ Familie

Patient

Krankenkasse:

Beihilfe: ja nein

Versichertenstatus: ☐ Mitglied
☐ Familie

4. Behandelnder Frauenarzt

Name:

Straße:

Ort:

Behandelnder Urologe

Name:

Straße:

Ort:

Wir haben die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Uns ist bekannt, dass bei Nichterscheinen oder einer Terminabsage weniger als 24 Stunden im Voraus eine Gebühr in Höhe von 50,- € in Rechnung gestellt wird.

Hiermit bestätigen wir unseren Termin und die Vollständigkeit der angegebenen Daten:

Datum: _____ Unterschrift: _____
Patientin Patient/Ehemann/Partner/Partnerin