

Terminbestätigung

am:

um:

Basisdaten

1. Persönliche Angaben

Patientin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon (priv.):

Telefon (dienstl.):

Handy (priv.):

E-Mail:

2. Adresse

Straße:

Ort:

3. Krankenversicherung

Patientin

Krankenkasse:

Beihilfe: ja nein

Versichertenstatuts: ☐ Mitglied

4. Behandelnder Frauenarzt

Name:

Straße:

Ort:

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Mir 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 bestätige ich meinen Termin und die Vollständigkeit der angegebenen Daten:

Datum: _____ Unterschrift: _____
Patientin