

Kasse Privat BG Igel



RADIOLOGISCHE PRAXIS
KLIER HOFBAUER DANZ

ALLGEMEINER PATIENTENBOGEN

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefonnummer: _____ Gewicht: _____ kg

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Sondertarif der Privatkasse: _____

Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Welcher Art sind Ihre Beschwerden (die heutige Untersuchung betreffend)?

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Welches Körperteil wurde geröntgt? _____

An Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Kasse Privat BG Igel



RADIOLOGISCHE PRAXIS
KLIER HOFBAUER DANZ

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Für Privatpatienten/Privatpatientinnen

Für die Rechnungsstellung gelten die gesetzlichen Gebührensätze bzw. Analogwertung in der jeweils gültigen Fassung. Ich versichere, dass die angegebene Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Untersuchung uneingeschränkt besteht. Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anmerkungen:

Datenschutz

Den Schutz Ihrer persönlichen Daten nehmen wir sehr ernst und halten uns strikt an die Regeln der Datenschutzgesetze. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der Behandlung erhoben und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung.

Die aktuell gültige und vollständige Information zum Datenschutz finden Sie im Aushang am Empfang sowie in den Auslagen in den Wartezimmern.