

Anmeldeformular
Praxis für Hausarzt und Reisemedizin, Klinik Hohmad, Hohmadstrasse 1, 3600 Thun

Name:	Vorname:
Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern):	
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Strasse + Nr:	
Postleitzahl:	Ort:
Telefon P:	Handy:
Telefon G:	e-mail:
Beruf:	Hausarzt:
Arbeitgeber: (Name + Adresse)	

Krankenkasse + Nr. der Grundversicherung:
Krankenkasse + Nr. der Zusatzversicherung:
Patientenklasse (Allgemein / Halbprivat / Privat):

Erkrankungen:	Allergien:	Medikamente:
----------------------	-------------------	---------------------

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtige die Praxis Dr. med. L. Heine an der Behandlung beteiligte Ärzte über meine Gesundheitsstörungen zu Informieren. Alle Personen, die Einsicht in Ihre Akten haben, sind an die strenge Geheimhaltungspflicht gebunden.

Die Rechnungsstellung erfolgt über die Klinik Hohmad und wird soweit möglich direkt mit der Krankenkasse abgerechnet. Abrechnungsdaten dürfen soweit erforderlich an auswärtige Rechnungsstellen (Krankenkassen, Inkassostelle, etc.) weitergeleitet werden.

Bezahlung ist obligatorisch für Patienten mit Wohnort im Ausland.

Thun den: _____ **Unterschrift:** _____