

## Anmeldung Patientenauskunft

---

Name des Versicherten Vorname Geb. Datum

---

Mitversichert Vorname Geb. Datum

---

PLZ Ort Straße

---

Tagsüber tel. erreichbar Krankenversicherung/Beihilfe

---

Beruf Arbeitgeber

Privattarif  Standardtarif  Rentnertarif  Studententarif  Basistarif

---

Datum Unterschrift

Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der oben genannten Angaben. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Abrechnung der Erstuntersuchung mit dem 3,5 fachen Satz erfolgt.

Erstellt durch: QMB	Datum: 15.01.2011	Unterschrift: Pasajlic Sasa	
Geprüft und freigegeben	Datum: 26.03.2020	Unterschrift: J. Haslinger	