# ANMELDEBOGEN

PRIVATPRAXIS
DR. MED. ANDREAS ZARTH
FACHARZT FÜR AUGENHEILKUNDE

Name Titel

Vorname ☐ m ☐ w ☐ d

geboren am

Straße

PLZ / Wohnort Land

Telefon privat geschäftlich

E-Mail

Beruf

Krankenversicherung ☐ Beihilfe ☐ Selbstzahler

Sonderbedingungen ☐ Rentner ☐ Student ☐ Höchstsatz

Name (Hauptversicherter/Erziehungsberechtigter)

geboren am

Abweichende Rechnungsanschrift

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wer ist Ihr Hausarzt ?

Rechnungsanschrift ☐ wie oben

oder Name

Straße

PLZ / Wohnort

Die Rechnungsstellung erfolgt über eine privatärztliche Abrechnungsstelle. Ich erkläre mich mit den im Rahmen der Diagnoseerstellung und Behandlung zu erfolgenden augenärztlichen Maßnahmen (wie zum Beispiel Augendruckmessung, sogenanntes „Weit"-Tropfen, Tränenfilmbestimmung und Tränenweg-Spülung, Foto-Dokumentationen etc.) ausdrücklich einverstanden.
Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Ein Informationsblatt zur Datenverarbeitung in unserer Praxis liegt aus und kann jederzeit eingesehen werden.

Datum Unterschrift