

# PATIENT REGISTRATION

PRIVATPRAXIS  
DR. MED. ANDREAS ZARTH  
FACHARZT FÜR AUGENHEILKUNDE

last name		
first name	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d
date of birth		
street		
code / city	country	
phone		
e-mail		
profession		
insurance		

To whom should we send the invoice?

last name	
first name	
address	
street	
code / city	country

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
-------	--------------