

ANMELDUNG für Privatpatienten

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Strasse: _____

Wohnort: _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

Email: _____

Krankenversicherung: _____

Beihilfeberechtigt: Ja: ☐ Nein: ☐

Hausarzt: _____

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass die Erstellung der Rechnung nach der
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Datum: _____

Unterschrift: _____