

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

„Herzlich Willkommen in unserer Praxis“, wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis und möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit sowie unsere gesamte Kompetenz widmen.

Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und besprechen ihn – falls erforderlich – mit Ihrem Partner, ihren Eltern o.ä.

Sollte eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Beruf:

Tagsüber telefonisch erreichbar:

E-Mail:

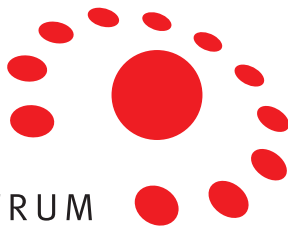
Ehemaliger Hausarzt:  
(freiwillige Angabe)

Ich habe bereits eine Patientenverfügung  
und/oder Vorsorgevollmacht erstellt.  
Diese befindet sich an folgendem Ort:

Zu Hause  
Bei meinen Kindern  
Bei meinem Rechtsanwalt/Notar

Ich bin einverstanden, telefonisch, schriftlich oder per  
E-Mail an bevorstehende Termine (z.B. CheckUp,  
Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) auch über den  
Behandlungsfall hinaus erinnert zu werden.

Ja  
Nein



**Bei mir sind folgende Krankheiten bekannt:** Keine

Cholesterin zu hoch  
Schwindelanfälle  
Diabetes  
Blutungsneigung  
Magenerkrankung  
Nierenerkrankung  
Asthma/chron. Bronchitis  
Schlaganfall  
Krebs

Bluthochdruck  
Herzkrankheit  
Schilddrüse  
Lebererkrankung  
Darmerkrankung  
Rheuma  
Allergien  
Anfallsleiden  
Sonstiges

**Ich hatte folgende Operationen:**

Herz-OP  
Gefäße-OP  
Krebs-OP  
Schilddrüse-OP  
Bruch-OP

Keine  
Brust-OP  
Gebärmutter-OP  
Mandeln-OP  
Gallenblasen-OP  
Sonstiges

**Aktuelle Beschwerden:**

Durst	vermehrt	vermindert	normal
Appetit	vermehrt	vermindert	normal
Stuhlgang	Durchfall	Verstopfung	normal
Wasserlassen			
mit Brennen	Startschwierigkeiten	normal	Nachts öfter

**Ich nehme regelmäßig Medikamente ein:**

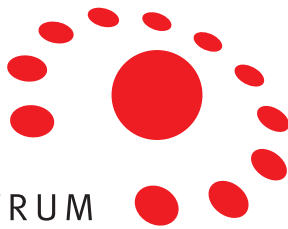
ja      nein

Wenn ja, welche und wie oft?

**Größe:**      cm

**Gewicht:**      kg

**Raucher:**      nein      ja



# Anamnesebogen

**In meiner Familie sind folgende Erkrankungen bekannt:**

Herzkrankheit/Herzinfarkt	bei wem?
Blutzuckerkrankheit	bei wem?
Schlaganfall	bei wem?
Krebs	bei wem/welche Art?

**Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:**

Lungenarzt	Kardiologe	Orthopäde
Urologe	Neurologe	Sonstiges

**Allergien:**

Penicillin	Pollen
Andere Antibiotika	Lebensmittel
Ibuprofen	
Novaminsulfon	Sonstiges:

**Wurde bei Ihnen Folgendes anerkannt:**

Pflegegrad	nein	ja, Pflegegrad
Schwerbehinderung	nein	ja, %

**KONTAKT:**  
[www.diepraxis-harz.de](http://www.diepraxis-harz.de)

Klubgartenstraße 3  
38640 Goslar

Tel.: 05321 – 38 32 321  
Fax: 05321 – 38 32 322

[goslar@diepraxis-harz.de](mailto:goslar@diepraxis-harz.de)

Herzog-Wilhelm-Straße 86  
38667 Bad Harzburg

Tel.: 05322 – 53 000  
Fax: 05322 – 55 87 443

[badharzburg@diepraxis-harz.de](mailto:badharzburg@diepraxis-harz.de)



# Anamnesebogen

Nutzen Sie das Internet?            ja            nein

**Welche Selbstzahler-Leistungen interessieren Sie besonders?**

Vorsorge Herz (Kardio-Check)

Eigenbluttherapie

Vitamin-Aufbaukuren (Vit. B, Vit. C, Folsäure, Thymus-Therapie)

Leber-Check

Ultraschall der Schilddrüse, der Blutgefäße, des Herzens

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen sehr gern zur Verfügung.

**DIE PRAXIS**

**KONTAKT:**

[www.diepraxis-harz.de](http://www.diepraxis-harz.de)

Klubgartenstraße 3  
38640 Goslar

Tel.: 05321 – 38 32 321  
Fax: 05321 – 38 32 322

[goslar@diepraxis-harz.de](mailto:goslar@diepraxis-harz.de)

Herzog-Wilhelm-Straße 86  
38667 Bad Harzburg

Tel.: 05322 – 53 000  
Fax: 05322 – 55 87 443

[badharzburg@diepraxis-harz.de](mailto:badharzburg@diepraxis-harz.de)



## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau

Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch **Die Praxis** Hausärztliches Versorgungszentrum, meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

**Die Praxis Dr. med. Steffen Schmerer und Carsten Seidel**  
**Herzog-Wilhelm-Straße 86**  
**38667 Bad Harzburg**

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „Aushang Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift





## Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden (gem. § 73 Abs. 1 b SGB V)

Vorname, Name, Geb.-Datum

Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung einholt, die anderen Ärzten und Leistungserbringern, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Ich entbinde die entsprechen Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der notwendigen Weitergabe von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand. Dies können z.B. Unterlagen wie Arztberichte, Befunde, Patientenakten, Überweisungen und andere Dokumente zum Gesundheitszustand sein.

Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung und die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

---

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche(r) Vertreter/in







## Schweigepflichtentbindung

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Übergabe der Patientenkartei

Vorname Name, geb. Datum

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte von der Schweigepflicht.

Praxisname \_\_\_\_\_

Die Patientenkartei und vorliegende Fremdbefunde sollen an DIE PRAXIS geschickt werden.

Diese Schweigepflichtenbindung kann von mir jederzeit, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden.

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift





## Vollmacht zugunsten Dritter Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

hiermit bevollmächtige ich,

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geb.-Datum

**die folgende Person/Einrichtung**

\_\_\_\_\_  
Herrn/Frau /Apotheke/Pflegedienst/Pflegeeinrichtung:

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Tel/Faxnummer

Der Bevollmächtigte/die Bevollmächtigte ist berechtigt, für mich Formulare, wie:

Rezepte, Überweisungen, Verordnungen, Medikamentenpläne, Krankenhauseinweisungen, Transportscheine in der Praxis Dr. Schmerer/Seidel persönlich abzuholen oder sich elektronisch oder schriftlich übermitteln zu lassen. Die Ärzte/Ärztinnen und Mitarbeiter/innen der Praxis sind berechtigt, dem Bevollmächtigte notwendige Auskünfte über Rezept- und Verordnungsdaten sowie über die Medikamentenpläne zu erteilen. Auskünfte über meinen Gesundheitszustand oder anderweitige meine Person betreffende Daten sind hiervon nicht erfasst.

Ich entbinde die Ärzte/Ärztinnen und Mitarbeiter/innen der Gemeinschaftspraxis Dr. Schmerer und Seidel von der Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person/Einrichtung und erteile die Freigabe meiner persönlichen Daten an den Bevollmächtigten ausschließlich zu den o. g. Zwecken.

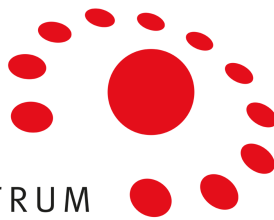
Ich bin darüber belehrt worden, dass die Praxis mit der Übergabe und Information an den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte Ihrer Informations- und Abgabepflicht nachgekommen ist und nicht für die Weitergabe an mich haftet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht und die damit verbundene Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in (gesetzliche(r) Vertreter/in, Betreuer/in)





## Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung für privatärztliche Behandlung auf Grundlage der GOÄ

Hiermit erkläre ich

(Name und Anschrift des Patienten; bei Minderjährigen deren Erziehungsberechtigte)

dass ich die privatärztliche Behandlung in der **Gemeinschaftspraxis Dr. Steffen Schmerer und Carsten Seidel** nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung wünsche.

- ☐ Ich bin privat krankenversichert ohne/mit Beihilfeberechtigung (nicht zutreffendes bitte streichen) und akzeptiere die volle Honorarhöhe der ärztlichen Leistung mit dem Faktor 2,3, sowie bei Begründung die Steigerung mit dem Faktor 3,5  
bei technischen Leistungen mit dem Faktor 1,8, bei Laborleistungen mit dem Faktor 1,15  
zuzüglich entstandener Auslagen.  
Ich bin bereit, einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen, sofern der/die Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet/erstatten.
- ☐ Ich bin privat krankenversichert, habe jedoch einen besonderen Tarif  
(Basistarif, Standardtarif oder andere Sondertarife) mit nachfolgend festgelegten  
Steigerungssätzen: \_\_\_\_\_ oder bis Max. : \_\_\_\_\_  
Bei besonderer Behandlungsnotwendigkeit bin ich bereit, einen Teil der Kosten selbst  
zu tragen. Steigerung bis Max. : \_\_\_\_\_.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass im Basistarif, Standardtarif und in einigen Sondertarifen nicht alle Leistungen unserer Praxis erstattet werden.

Wir weisen weiterhin darauf hin, dass wir keine Behandlungsverträge abschließen bei abgetretenen Zahlungspflichten der Patienten an Ihre Versicherer, es sei denn, dass der Patient im Falle unseres Behandlungsvertrages ausdrücklich erklärt, die Zahlungsverpflichtung aus diesem Vertrag zu erfüllen.

- ☐ Ich bin privat krankenversichert (Selbstzahler) und bezahle die gesamte Behandlung ohne einen Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger selbst.

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, dass er

- a) auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Liquidation hingewiesen wurde,
- b) er die vereinbarte Leistung in Anspruch genommen hat,
- b) ihm ein Abdruck dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.

Die Liquidation ist nach Erhalt ohne Abzug sofort zu begleichen.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder gesetzliche(r) Vertreter



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von **50,- € pro ausgefallener angefangener halber Behandlungsstunde** als pauschalierten Schadenersatz (§ 615 BGB) in Rechnung stellen. Dies entspricht dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Praxisstunde in unserer Praxis. Davon ausgenommen sind Patienten, die unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert sind. Dies ist durch entsprechende Nachweise zu belegen (z.B. Unfallbericht, Krankenhauseinweisung etc).

Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

---

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche(r) Vertreter/in

## Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG)

Sehr geehrter Patient (m/w/d),

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z. B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Lister Straße 11, 30163 Hannover (kurz: PVS NDS) zu beauftragen. Die PVS NDS ist eine im Jahr 1948 gegründete berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Empfänger der Daten ist die PVS NDS. Die PVS NDS unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS NDS als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der oben angegebenen Anschrift oder unter der Telefonnummer 0541 335 3697 bzw. Mail: [info@pvs-niedersachsen.de](mailto:info@pvs-niedersachsen.de). Mit der Beitreibung von Honorarforderungen, zu denen ein Zahlungsverzug eintritt, soll die Rechtschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST), beauftragt werden. Auch bei dieser handelt es sich um eine berufsständische Vereinigung, deren Mitarbeiter der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen.

Wir möchten Sie bitten, sich die umseitige Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber Ihrem Arzt oder der PVS NDS / RST schriftlich widerrufen werden. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Die von der PVS NDS verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Fortfall des Zweckes gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Die von der RST verarbeiteten Rechnungsdaten werden nach Beitreibung der Honorarforderung gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS NDS ([datenschutz@pvs-niedersachsen.de](mailto:datenschutz@pvs-niedersachsen.de)) oder die RST ([zentrale@rst-hannover.de](mailto:zentrale@rst-hannover.de)). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS NDS sowie die PVS-Transparenzerklärung finden Sie auf [www.pvs-niedersachsen.de/transparenz](http://www.pvs-niedersachsen.de/transparenz). Weitere Informationen zum Datenschutz bei der RST finden Sie auf [www.rst-hannover.de/datenschutz](http://www.rst-hannover.de/datenschutz).

### Diese Einwilligungserklärung ist für Ihren behandelnden Arzt!

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde **ausschließlich für den Beschwerdefall** lauten:

Landesbeauftragter für den Datenschutz  
Prinzenstr. 5  
30159 Hannover  
Mail: [poststelle@lfd.niedersachsen.de](mailto:poststelle@lfd.niedersachsen.de)

Praxisstempel

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

## Einwilligungserklärung

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Telefonnummer zum Zweck der Adressermittlung) sowie der Weitergabe der Honorarforderung zum Zweck des Einzugs an die PrivatVerrechnungsStelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, Lister Straße 11, 30163 Hannover (kurz: PVS NDS), einverstanden.
2. Sollte es über die Berechtigung der Honorarforderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS NDS einverstanden.
3. Ich bin auch mit der Weitergabe der erforderlichen persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Rechnungsdaten, Angaben zu Kostenträgern und Versicherungen) zum Zweck der Beitreibung sowie Abtretung der Honorarforderungen an die Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V., Leisewitzstr. 43, 30175 Hannover (kurz: RST) einverstanden.
4. Diese Erklärung gilt auch für Honorarforderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS NDS / RST schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen meinem Arzt und der PVS NDS / RST mehr statt.

### Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

\_\_\_\_\_  
**Patient** - Nachname / Vorname (m/w/d)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Patient m/w/d)

\_\_\_\_\_  
ggf. Nachname / Vorname - gesetzlicher Vertreter (m/w/d)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (zum Zweck der Adressermittlung)

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
**Rechnungsempfänger** - Nachname / Vorname (m/w/d)

☐ identisch mit Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort **✗ Unterschrift - Patient bzw. gesetzlicher Vertreter** (m/w/d)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

**Bitte teilen Sie uns Adressänderungen umgehend mit.**

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

☐ Kassenpatient u. wünsche Privatbehandlung ☐ Normale private Krankenversicherung ☐ Beihilfeberechtigt

**Besondere Versicherungen:**

☐ Post B

☐ KVB (1-3)

☐ KVB 4

**Besondere Tarife:**

☐ Basistarif\*

☐ Standardtarif\*

☐ Studententarif\*

\*Ausweispflicht (Versichertenkarte/- schreiben vorlegen)

Kostenträger / Versicherung: \_\_\_\_\_