



# Therapie- und Diagnose-Zentrum für Naturheilverfahren



Winfried Brinz, Heilpraktiker

## Aufnahmeformular

Bitte in Blockschrift ausfüllen - Vielen Dank

Name: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsstunde: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Bei Kindern bitte den Namen des Hauptversicherten angeben: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-Mailadresse/Fax: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Familienstand: verh.  ledig  Sind Sie beihilfeberechtigt: ja  nein

gesch.  verw.  Besteht eine Zusatzversicherung: ja  nein

Der Grund Ihres heutigen Besuches ist? \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### **Achtung!!**

Sollten Sie nicht wissen, ob Sie beihilfeberechtigt sind oder eine Zusatzversicherung besitzen, bitten wir Sie dies in Erfahrung zu bringen. Bei nicht sachgerechter Angabe ist es uns leider nicht mehr möglich, die Rechnung zu einem späteren Zeitpunkt auf eine von der Versicherung akzeptierte Form umzuschreiben.

Die von uns gestellten Rechnungen werden nach der GebüH berechnet. Dennoch kann es zu Abweichungen bei der Begleichung Ihrer Rechnungen durch Ihre priv. Krankenkasse (Beihilfe- und Zusatzversicherung) kommen. Der Rechnungsbetrag ist trotzdem in voller Höhe zu begleichen.

Danke für Ihr Verständnis

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift