

Ich wünsche die Behandlung durch
Dr. Lang Dr. Zeithammel egal

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: ____ . ____ . ____ männl. weibl.

Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Hausarzt (Name, Stadt): Dr. _____

Allergien (z. B. Medikamente): nein / ja welche?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: nein / ja welche?

Bei Frauen: Schwangerschaft nein / ja / nicht sicher

Wo bestehen **jetzt** Beschwerden (**Körperteil, re. / li. / beidseits**)?

Beschwerden **seit wann?** (Wo./Mo. o. exakt **Unfalltag und Std.**)

Lag ein **Unfall** vor (z. B. Sturz, umgeknickt, geschnitten o.ä.)?

Nein Ja → **Arbeitsunfall**

→ **Wegeunfall (direkter Weg von / zur Arbeit)**

→ **Schulunfall**

→ **Kindergartenunfall**

→ **privat passiert**

BITTE

WENDEN →

Nur bei Arbeits- und Wegeunfällen auszufüllen:

Berufsgenossenschaft (Kostenträger, Unfallversicherung bei Arbeitsunfällen):

Schilderung des Unfalls oder der Entstehung der Beschwerden:

Mit der gesetzlich vorgeschriebenen Weitergabe meiner Daten an den Kostenträger bin ich einverstanden.

Im Falle von Zahlungsrückständen beauftragen wir das Inkassobüro Thumm GmbH, Bahnhofstraße 10, 71672 Marbach mit dem Forderungseinzug. Hierzu werden folgende Daten an das Inkassobüro weitergeleitet: Vor- und Nachname, die uns mitgeteilte Wohnadresse, der offene Forderungsbetrag, das Datum der ärztlichen Behandlung, aus der die offene Forderung erwuchs und die Rechnungsnummer. Nicht weitergegeben werden Gesundheitsdaten, d.h. insbesondere Daten und Informationen über den allgemeinen Gesundheitszustand, diagnostizierte und behandelte akute und/oder chronische Erkrankungen, verschriebene Medikamente und sonstige Heil- und Hilfsmittel. Zweck dieser Datenweitergabe ist ausschließlich der Einzug offener Forderungen aus dem Behandlungsvertrag, bei denen bereits Zahlungsverzug besteht, durch das Inkassobüro. Ihre Zustimmung zu dieser Datenweitergabe ist freiwillig. Sollten Sie mit dieser Datenweitergabe nicht einverstanden sein, so streichen Sie bitte diese Passage insgesamt. In diesem Falle behalten wir uns vor, keine ärztlichen Leistungen zu erbringen.

Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Anmeldebogen erklären Sie Ihr Einverständnis mit und zu der Datenweitergabe in vorstehendem Umfang, zu vorstehend dargestelltem Zweck und an das oben genannte Inkassobüro.

Sie haben jederzeit das Recht, diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft und formlos gegenüber einem unserer Ärzte und Mitarbeiter zu widerrufen. Auch im Falle des Widerrufs behalten wir uns vor, keine weiteren ärztlichen Leistungen zu erbringen.

Stuttgart, _____ . _____ . _____ Unterschrift: _____