

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir heißen Sie herzlich willkommen und freuen uns, dass Sie uns Ihr
Vertrauen schenken. Bevor wir in Ruhe über Ihre Belange sprechen,
benötigen wir neben Ihren Personalien auch wichtige Informationen über
Ihren Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der
ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Männlich: weiblich:

Beruf (wenn Rentnerin/Rentner bitte ehemaligen Beruf angeben):

Tel: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Bei Kindern/Ehegatten (Mitversicherung)

Name und Geb. Datum des Hauptversicherten:

Straße und Wohnort: _____

Name der Krankenkasse: _____

Krankenversicherterstatus: (bitte zutreffendes ankreuzen)

Privat Selbstzahler gesetzliche Krankenkasse

KVB 1-3 KVB 4 Freie Heilfürsorge/ZPD

Beihilfe¹ Postbeam.Beihilfe Standardtarif

Basistarif freiwillig versichert bei einer gesetz. Krankenkasse

1

Bei privaten Krankenversicherungen richtet sich die Höhe des Honorars
nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Ich bin damit
einverstanden, dass je nach Aufwand der Therapie und Diagnostik
unabhängig von der Zuzahlungsleistung der Krankenkasse auch höhere
GOÄ-Sätze abgerechnet werden können. Ich wurde darauf hingewiesen,
dass etwaige Differenzbeträge, die nicht von der Beihilfe übernommen
werden, gegebenenfalls von mir persönlich zu entrichten sind.

Dr
Bernhard G. Müller

Facharzt für
Allgemeinmedizin
Urologie
Naturheilverfahren
Chirotherapie
Notfallmedizin
Onkologische Nachsorge

Burgstr. 20
56651 Oberzissen

Telefon:
0 26 36 – 800 30 30

Fax:
0 26 36 – 800 30 33

Mail:
info@arztpraxis-
drmueller.de

Öffnungszeiten:
Montag: 7:45 – 13 UHR
Dienstag:
7:45 -13 / 15 – 17 UHR
Mittwoch: 7:45 – 12 Uhr
Donnerstag:
7:45 -13 / 15 – 17 UHR
Freitag: 7:45 - 13 UHR

Bankverbindung:
IBAN
DE87577615910507752502
BIC
GENODED1BNA



**Unsere Praxis wird
nach QEP - Standard
zertifiziert!**

Aktuelle

Beschwerden: _____

Aktuelle Medikamente, Dosierung (Beispiel ASS 100, 1-0-0)

Bitte denken Sie auch an regelmäßig eingenommene Nahrungsergänzungsmittel oder frei verkäufliche
Medikamente wie z.B. Johanniskraut.

Wichtige Vorerkrankungen, Operationen, Allergien (z.B.: Diabetes, HIV, Hepatitis A,B,C,
Bypässe, Schilddrüse, Gallenblase):

Letzter Checkup: _____

Letztes Hautkrebsscreening: _____

Letzte Vorsorge: _____

Körpergröße: _____ cm

Gewicht: _____ kg.

Person ihres Vertrauens bzw. Angehörige(r), die/der im Notfall zu kontaktieren ist:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Oberzissen, den _____ *Unterschrift:* _____