

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.			Datum			

Wird von der HelferIn ausgefüllt			
M	F	R	P
Kartei-Nr.			

Anmelde-Formular mit Patientenerklärung

Bitte immer
sorgfältig ausfüllen.

(Vom Patienten auszufüllen)

Anschrift:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon beruflich: _____

Fax: _____

e-mail: _____

Persönliche Daten:

Geb.-Datum: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Beruf: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Behandelnder Arzt: _____

Krankenkasse: _____

Empfehlung durch: _____

Grund der Konsultation: _____

Wir haben neben der schriftlichen Dokumentation Ihrer Daten sowie der Einzelheiten Ihrer Behandlung auch die automatische Datenverarbeitung eingerichtet.
Bitte unterzeichnen Sie diese Erklärung auch zum Zeichen Ihres Einverständnisses mit der Erfassung Ihrer Daten per EDV.

Bestätigung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich zur Ernährungsberatung an mit Übernahme der anfallenden Kosten.

Datum _____ Unterschrift _____

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt,

Frau / Herrn _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Fax _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

Frau / Herrn _____

bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____