

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

füllen Sie bitte dieses Formular zur Erstellung  
Ihrer Karteikarte in unserer Praxis sorgfältig aus.



MVZ GbR  
Stühlingerstr. 24  
79106 Freiburg  
Chirurgie  
(0761) 38 800-0 Fax -50  
Anästhesie  
(0761) 38 800-41 Fax -53  
Sprechstunden  
Mo-Fr 8.00-18.00 Uhr

www.chirurgie-im-stuehlinger.de

## Patienten-Daten

	Patient	Hauptversicherter (wenn nicht Patient)
Name		
Vorname		
Geburtsdatum	T   T   M   M   J   J   J   J	T   T   M   M   J   J   J   J
Beruf		
Straße		
PLZ / Ort		
Tel.		
<b>Krankenkasse</b>		
Versichert als ...	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Rentner	
Privat / Beihilfe		

Hausarzt / Kinderarzt		Überweisender Facharzt	
Name		Name	
Straße		Straße	
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Tel.		Tel.	

### Operateur/-in im Zentrum

Bei Arbeits-, Schul- und Kindergartenunfällen bitte vollständig ausfüllen			
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Kindergartenunfall		Jetzige Uhrzeit	
Unfalldatum		Unfallzeit	
Unfallort / -stelle			
Arbeitgeber / Schule / Kindergarten		Straße	
Tel.		PLZ / Ort	
Ihr Beruf		seit ...	
Arbeitszeit		Staats- angehörigkeit	
Zuständige Berufs- genossenschaft			

Ich bestätige, dass ich zu Lasten meiner Krankenkasse Behandlung in Anspruch nehme und einen Überweisungsschein oder eine Versicherungskarte binnen 14 Tagen vorlege.

**Privatpatienten** bestätigen, dass sie die Kosten der Behandlung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte uneingeschränkt übernehmen. In begründeten Fällen kann eine Rechnungsstellung bis zum 3,5-fachen Basisgebührensatz erfolgen.

Datum

Unterschrift Patient