

Anmeldebogen

Name

Vorname

Geburtstag

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Beruf

Hausarzt

Versicherungsart

Private Krankenkasse / Selbstzahler

Gesetzliche Krankenkasse

Krankenkasse

MRT- und CT-Aufnahmen in Form einer CD geben Sie bitte an der Anmeldung ab!

Medikamentenpläne geben sie bitte an der Anmeldung ab!

Ich habe die Information zum Datenschutz unter: www.neurologie-hennef.de/datenschutz und im Wartezimmer aushängend zur Kenntnis genommen. Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns Ihre Kenntnisnahme.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich das MVZ für Neurologie und Psychiatrie GbR in Hennef unter der von mir angegebenen Emailadresse, Telefonnummer oder Postanschrift zu folgenden Zwecken kontaktieren darf:

1. Terminvereinbarungen: Um mit mir Termine für Untersuchungen, Behandlungen oder Beratungen zu vereinbaren oder zu bestätigen.
2. Änderungen von Terminen: Um mich über Änderungen oder Absagen von vereinbarten Terminen zu informieren.
3. Wichtige medizinische Informationen: Um mich über wichtige medizinische Ergebnisse, Behandlungsmöglichkeiten oder weitere Schritte zu informieren.
4. Administrative Angelegenheiten: Um mich über organisatorische oder administrative Fragen zu informieren, z.B. Rechnungen oder Versicherungsfragen.

Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos für die Zukunft widerrufen kann.

Ort / Datum

Unterschrift