

Anmeldung und Vereinbarung über die Privatärztliche Behandlung (Behandlungsvertrag)

Name	
Geburtsdatum	Telefon
Strasse	Postleitzahl Wohnort
Beruf	Arbeitgeber
Hausarzt	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Selbstversichert <input type="checkbox"/> Familienmitglied
Rechnunganschrift (falls von obigen Angaben abweichend)	

- „Informationen gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung von Daten in der Arztpraxis“ (ausliegend) zur Kenntnis genommen
Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages zwischen Herrn Dr. med. Roland Merz und der Unterzeichnerin/dem Unterzeichner. Die Abrechnung erfolgt nach der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Freiburg, den DATUM	Unterschrift Patient/Vertreter
---------------------	--------------------------------