



Friedrichstr.. 134, 10117 Berlin-Mitte

Tel: 030-9606094-0

Fax: 030-9606094-11

E-Mail: anmeldung@bcrt.de

Patientenstammblatt

Name, ggf. Titel

Vorname

Geb.-Datum

Anschrift – Strasse

Anschrift – PLZ und Ort

Telefon (Festnetz)

Mobiltelefon

E-Mail

Krankenversicherung,

ggf. anderer Kostenträger

Beruf

Ich bin damit einverstanden, dass die Beurteilung meiner Tropentauglichkeit meinem Arbeitgeber mitgeteilt wird.

Für Privatpatienten:

Die am BCRT erbrachten Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum 2,3-fachen Satz abgerechnet, in besonders begründeten Fällen zum 3,5-fachen Satz. Ich bin mit der entsprechenden Rechnungsstellung einverstanden. Gegenfalls anfallende Laborkosten werden gesondert in Rechnung gestellt. Ich bin darüber aufgeklärt, daß vom ärztlichen Honorar mitumfaßte Speziallaborleistungen ggf. von extern erbracht worden sind (§ 4, Abs. 5 GOÄ).

Ich willige ein, dass meine Befunde und Ergebnisse auf Wunsch unverschlüsselt per eMail an die oben angegebene Adresse gesendet werden dürfen. (bitte ankreuzen!)

Berlin, den

(Unterschrift)