

Fachärzte für Orthopädie und  
Unfallchirurgie, Sportmedizin

Abteilung Orthopädie & Endoprothetik  
an der WolfartKlinik Gräfelfing  
Endoprothesenzentrum  
der Maximalversorgung

Bahnhofstraße 5  
82166 Gräfelfing

## Anmeldung Patientenauskunft

Zertifiziert nach  
DIN EN ISO 9001:2015

---

Name des Versicherten	Vorname	Geb. Datum
-----------------------	---------	------------

---

Mitversichert	Vorname	Geb. Datum
---------------	---------	------------

---

PLZ	Ort	Straße
-----	-----	--------

---

Tagsüber tel. erreichbar	Krankenversicherung/Beihilfe
--------------------------	------------------------------

---

Beruf	Arbeitgeber
-------	-------------

Privattarif  Standardtarif  Rentnertarif  Studententarif  Basistarif

---

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der oben genannten Angaben. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Abrechnung der Erstuntersuchung mit dem 3,5 fachen Satz erfolgt.

Erstellt durch: QMB	Datum: 15.01.2011	Unterschrift: Pasajlic Sasa	
Geprüft und freigegeben	Datum: 16.12.2019	Unterschrift: Katrin Kahls	