



---

**Aufnahmebogen**

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Sind Sie Beihilfe-berechtigt?       Ja       Nein

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefonnummer:

Ggf. abweichender Rechnungsempfänger:

Hausarzt:

Überweisender Arzt:

Waren Sie wegen der Beschwerden bei einer Computertomographie oder einer Kernspintomographie?       Ja       Nein

Wenn ja, wann und wo?