



## Medizinische Dienstleister

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wo das nicht möglich ist, schreiben Sie bitte „Nicht zutreffend“.

Zusätzliche/ergänzende Informationen können auf einem separaten Dokument/Blatt beigefügt werden. Bewahren Sie eine Kopie des ausgefüllten Antrags für Ihre Unterlagen auf. Bitte senden Sie uns den Originalantrag mit allen Anlagen zu.

### Persönliche Angaben

Arzt / Praxis / Klinik

\_\_\_\_\_

Anrede            Frau     Herr

Name

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Website

Ust-Id Nr.

### Kontaktinformationen zur Terminvereinbarung

*(falls abweichend zu links angegebenen Daten)*

Telefon

Fax

E-Mail

### Informationen zur Buchhaltung

Ansprechpartner (Vor- und Zuname)

Telefon

Fax

E-Mail

### Leistungen

Fachbereich

Arbeiten Sie mit einem Krankenhaus zusammen?

Ja             Nein

Wenn ja, welches?

Machen oder organisieren Sie Hausbesuche?

Ja             Nein

Sind noch andere Ärzte in Ihrer Praxis tätig?

Ja             Nein

Wenn ja, geben Sie bitte an, wie viele und welche medizinischen Fachbereiche in der Praxis/Klinik abgedeckt werden.

Welche diagnostischen Geräte stehen in Ihrer Praxis zur Verfügung?

Sprechzeiten

Gesprochene Sprachen



## Medizinische Dienstleister

### Abrechnung

Zahlungsgarantie von AXA Assistance Deutschland akzeptiert? Ja  Nein

Zahlungsgarantie von AXA Assistance Büro im Ausland akzeptiert? Ja  Nein

### Erklärung

Ich bestätige hiermit, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß vollständig und richtig sind.

Ich werde AXA Assistance Deutschland GmbH über alle Änderungen zu den oben genannten Informationen informieren.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten sowie gegebenenfalls die mit der Erlaubnis der anderen Ärzte angegebenen Daten der anderen Ärzte in meiner Praxis in Ihre Netzwerk-Datenbank aufgenommen, gespeichert und zweckgebunden an Patienten weitergegeben werden. Im Falle eines Widerrufs werden diese Daten umgehend gelöscht bzw. gesperrt, solange kein rechtliches Erfordernis entgegensteht.

Ich bestätige, als Arzt zugelassen zu sein und jedwede Änderung betreffend meiner beruflichen Zulassung sofort schriftlich der AXA Assistance Deutschland GmbH mitzuteilen.

Unterschrift

Name

Datum

Sie können jederzeit Ihre Aufnahme in unserer Netzwerk-Datenbank widerrufen. Bitte senden Sie den Widerruf an oben angegebene Kontaktdaten.