

HERZLICH WILLKOMMEN!

NAME: _____	VORNAME: _____	GEB.: _____
Straße/PLZ/Wohnort: _____		
Telefon privat: _____		Telefon geschäftlich: _____
E-Mail Adresse: _____		
Name des Mitglieds: _____		GEB.: _____
Beruf des Mitglieds: _____		
Arbeitgeber: _____		
Krankenkasse: _____		
Empfohlen durch: _____		
Bei Privatpatienten Rechnung an: _____		
Haben Sie eine Zusatzversicherung: _____		
Wünschen Sie sich den Recallservice: _____		

Ich bitte Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen. Sie sind sowohl für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit als auch für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

	JA	NEIN		JA	NEIN
Herzerkrankungen _____			Haben Sie zu hohen Blutdruck? _____		
Lebererkrankungen/Hepatitis _____			Haben Sie einen Herzschrittmacher? _____		
Schilddrüsenerkrankungen					
Über,-oder Unterfunktion _____			Herzinfarkt _____		
Rheuma _____			Lähmungen/Schlaganfall _____		
Lungenerkrankungen/TBC _____			Diabetes mellitus _____		
Magen-Darm-Erkrankungen _____			Durchblutungsstörungen _____		
HIV _____			Anfallsleiden/Epilepsie _____		
Nierenerkrankungen _____			Blutgerinnungsstörungen _____		
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? _____			Ungewiß _____ Monat: _____		
Haben Sie Allergien? _____					
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein: _____					
Wenn ja, welche? _____					
Sonstige Erkrankungen? _____					

HINWEIS:

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir sind daher bemüht, die Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten. Um zeitgerecht planen zu können, bitten wir Sie, vereinbarte Termine spätestens 24 Std. vorher abzusagen.

Datum _____ Unterschrift _____