

PATIENTEN - FRAGEBOGEN

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

m w

Geschlecht

SV-Nr. _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon (privat/mobil) _____

E-Mail Adresse _____

Überweisender Arzt _____

Hausarzt _____

Mit welchen Beschwerden kommen Sie zu uns?

Bestehen Allergien auf Medikamente? Wenn ja, welche?

Wesentliche frühere Erkrankungen:

Allgemeine Angaben:

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Raucher

JA

NEIN

Wenn ja, wieviel? _____ Stk./Tag

Alkohol

JA

NEIN

selten / gelegentlich / regelm. / tägl.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche, Dosis, wann?

WICHTIGE INFORMATIONEN

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen. Andernfalls können mir die daraus entstehenden **Kosten in der Höhe von 50 Euro** in Rechnung gestellt werden.

Einverständniserklärungen gemäß DSGVO

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß mir eine automatische SMS Nachricht mit einer Terminerinnerung zugesendet wird. (Ich kann mich von diesem Service jederzeit abmelden)

bitte ankreuzen JA NEIN

_____ oder _____
Eigene Handynummer Handynummer einer Vertrauensperson

Name und Verhältnis zum Patienten _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, daß medizinische Unterlagen, wie Befunde, Überweisungen, Rezepte, Verordnungen, etc. bis auf Widerruf auch an folgende Personen ausgegeben werden dürfen:

Name _____ Geb. Datum: _____

Name _____ Geb. Datum: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß ein Befund über eine gesicherte Datenverbindung an den überweisenden Arzt gesendet wird.
(Ich kann mich jederzeit von diesem Service abmelden)

bitte ankreuzen JA NEIN

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, daß ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe und stimme allen Punkten zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten