

## Herzlich willkommen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben!

Für unsere Dokumentation benötigen wir die folgenden Angaben, daher bitten wir Sie die Vorder- und Rückseite sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße   Hausnummer	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLZ   Ort	E-Mail Adresse	Telefon   Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VERSICHERTER Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße   Hausnummer	PLZ   Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-Mail Adresse	Telefon   Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Krankenkasse bzw. Krankenversicherung
<input type="text"/>

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja  Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja  Nein

Die gesetzlich versicherten Patienten bitten wir um Vorlage der Versichertenkarte, da sonst die Abrechnung über die Krankenkasse nicht möglich ist und wir Ihnen die Behandlung privat in Rechnung stellen müssen.

Beruf	Arbeitgeber	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diese Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet in der Regel für Sie geringe Wartezeiten. Daher bitten wir Sie, falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, frühzeitig abzusagen. Ansonsten besteht die Möglichkeit Ihnen die Ausfallzeit nach §§ 304,615 BGB in Rechnung zu stellen.

Gerne erinnern wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin. Möchten Sie von diesem Service Gebrauch machen? Ja  Nein

Sind Sie an unseren Prophylaxeleistungen interessiert? Ja  Nein

BITTE WENDEN

## Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein	ergänzende Angaben
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankung, wenn ja welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes, wenn ja welcher Typ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hämatologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzklappenfehler /-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutdruck erhöht / vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mangeldurchblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunmangel-Syndrom (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wochen
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monat   Jahr
Nehmen Sie Medikamente? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges			

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten | gesetzlichen Vertreters