PATIENTEN- / KLIENTEN-AUFNAHME Aufnahmedatum: _____

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____
Straße / HausNr.: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ (Darf zur Terminbestätigung verwendet werden!)
E-Mail: _____ (Darf zur Terminbestätigung verwendet werden!)

Nehmen Sie z.Z. irgendwelche Medikamente? O ja O nein
Wenn ja, welche (Blutverdünner, Schilddrüsenmedikamente, Blutdrucksenker, Psychopharmaka,...):

Haben Sie irgendwelche Allergien oder Unverträglichkeiten? O ja O nein
Wenn ja, welche (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Nahrungsmittel, Kosmetika, Modeschmuck,...):

Sind oder waren Sie in einer psychologischen/neurologischen Behandlung? O ja O nein

---

Sind Sie Bluterln? O ja O nein

Bisherige Operationen: Jahr: Operation:
Jahr: Operation:
Jahr: Operation:
Jahr: Operation:

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? O ja O nein

Blutgruppe (soweit bekannt)

Haben Sie Osteoporose? Wenn ja, welches Stadium? O ja O nein

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich arbeite in meiner Praxis nach dem Bestellsystem, was bedeutet, dass der vereinbarte Termin ausschließlich für Sie reserviert ist. Wenn es Ihnen möglich ist, bitte ich um rechtzeitige Absage **(mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin)**, sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können. Außerhalb der „Einmal ist kein Mal – Regel“ muss ich Ihnen leider die vorgesehene und ungenutzte Zeit nach § 615 BGB pauschal mit 60€ in Rechnung stellen.

NEWSLETTER
O Ja, informieren Sie mich gerne kostenlos via Email über neue Gesundheitsthemen und Informationsveranstaltungen. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und ich habe jederzeit die Möglichkeit diesen Newsletter wieder abzubestellen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift