

Patient:	<input type="text"/>	Geboren:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Geburtsname		Mobil:	<input type="text"/>
Mitglied/		EMAIL:	<input type="text"/>
Zahlungspfl.:	<input type="text"/>	Geboren:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>

Krankenversicherung:	<input type="text"/>	Wenn Privat: Basis-/Standardtarif	<input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N
Für gesetzliche Krankenkassen:		Ich bin privat Zusatzversichert	<input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N
Beruf(Mitglied):	<input type="text"/>		
Arbeitgeber:	<input type="text"/>		

Sehr geehrte Patientin; sehr geehrter Patient!

Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis; **sagen Sie daher einen Termin den Sie nicht einhalten können unbedingt 24 Stunden vorher ab.** Wir halten Praxis und Personal für Sie bereit!

Vorgesehene Arbeit bzw. ungenutzte Zeit kann in Rechnung gestellt werden (§§304,615 BGB)

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten wichtig: Bringen Sie immer Ihre Versichertenkarte mit.

Bei nicht rechtzeitigem Vorlegen (innerhalb von 5 Tagen!) können wir mit Ihrer Krankenkasse nicht abrechnen und es erfolgt private Rechnungslegung!

Sie erklären sich mit der Weitergabe Ihres Krankenblattes an einen Praxispartner, einen Vertreter oder einen Nachfolger einverstanden.

**Bitte Beantworten Sie folgende Fragen nach Ihrem jetzigen Kenntnisstand:**

Zum Fragebogen vom  haben sich keine Veränderungen ergeben. Stimmt   
(Bitte nur noch unten unterschreiben)

Es hat sich etwas geändert und in allen anderen Fällen:

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten? (jeweils richtige Antwort bitte ankreuzen):	
Allergien <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N
Welche?: <input type="text"/>	Prothesenprobleme <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N
Unverträglichkeit von	Kosmetische Problemen <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N
Medikamente <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	Letztes Röntgen <input type="text"/>
Welche?: <input type="text"/>	Letzter ZA-Besuch <input type="text"/>
Blutdruck: <input type="checkbox"/> Hoch / <input type="checkbox"/> Normal / <input type="checkbox"/> Niedrig	Welche Medikamente nehmen Sie:
Herzinfarkt. <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>
Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>
Gelbsucht/Hepatitis/	<input type="text"/>
Leberkrankheiten <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	Sonstige Erkrankungen/Angaben:
Aids <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>
Osteoporose <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>
Nierenkrankheiten <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N	Schwangerschaft <input type="checkbox"/> J / <input type="checkbox"/> N

- Ich habe einen Vormund:  J /  N : Name/Adresse/Telefon bitte umseitig /Nachweis beifügen

- Die Praxis habe ich wie folgt gefunden:

Telefonbuch,  Gelbe Seite,  Anzeige,  Internet,  Empfehlung von:

- Ich wünsche Erinnerungsschreiben/Recall für meine Vorsorgeuntersuchungen \*)

\*) (Nach Ihrem Besuch erfolgt eine einmalige Erinnerung, ggfs. streichen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich obige Angaben:

Datum  Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

