

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie recht herzlich in unserer Praxis willkommen!

Um uns die Arbeit etwas zu erleichtern und den Datenschutz an der Anmeldung zu bewahren, bitten wir Sie, uns kurz folgende Angaben von Ihnen zu notieren.

Vor- und Nachname: _____

Geb.-Datum: _____

Beruf (freiwillige Angabe): _____

Tel. Nr.: _____

Handy-Nr. (Benachrichtigung im Notfall): _____

E-Mail Adresse: _____

Haben Sie chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Möchten Sie über anfallende empfohlene Impfungen und über regelmäßige Gesundheitsvorsorgen telefonisch informiert werden?

Ja: _____

Nein: _____

*Vorteil: Sie werden von uns erinnert und müssen nicht selber daran denken!
Bitte bringen Sie dafür Ihren Impfpass zur Erfassung mit!*

Einverständnis:

Datum und persönliche Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine persönlichen Daten oder Befunde an Ärzte im Rahmen meiner Behandlung weitergeleitet werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam!