



Patientenanmeldung

Patientendaten:

| | | |
|-----------------------|----------|--------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Vorname | Nachname | Geburtsdatum |
| _____ | _____ | _____ |
| Straße + Hausnummer | PLZ | Ort |
| _____ | _____ | _____ |
| Mobil / Telefonnummer | Email | |

Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Einwilligung zur elektronischen Datenübermittlung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail von der oben genannten Praxis erhalte, sofern ich das wünsche - mir elektronisch übermittelt werden. **Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden!**

Krankenkasse: gesetzlich: _____
privat: _____
Die Rechnungsstellung erfolgt nach GOÄ `95 / KVB-Vertrag

Hausarzt oder überweisender Facharzt : : _____

Wie sind Sie auf uns gekommen: Internet
Empfehlung
Sonstiges _____

Gemäß Datenschutzverordnung 05/2018 sind wir verpflichtet Sie zu fragen, ob Sie mit namentlich Aufruf einverstanden sind oder einen anonymen Aufruf Ihrer Person aus dem Wartezimmer bevorzugen.

Ich möchte gerne wie folgt in der Praxis aufgerufen werden:

Mit meinem Namen oder Anonym

Datum: _____ 2020 Unterschrift des Patienten: _____



Patientenanmeldung

Medizinischer Fragebogen

Welche Beschwerden führen Sie zu uns:

- Enddarmbeschwerden / Hämorrhoiden
- Bauchbeschwerden
- Knoten im Bereich der Haut
- Andere Beschwerden, welche? _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Haben Sie Allergien nein ja

Welche? _____

Chronische Infektionen
(Hepatitis, HIV etc.) nein ja

Welche? _____

Hatten Sie Operationen nein ja

Hatten Sie eine
Darmspiegelung nein ja

Wann? _____

Nehmen Sie
Medikamente nein ja

Welche? _____

Sind Sie schwanger? nein ja Wenn ja, welche SSW : _____

Stillen Sie? nein ja



Sind Sie zufrieden mit uns? Über eine + positive Online Bewertung freuen wir uns natürlich sehr!

Datum: _____ 2020

Unterschrift des Patienten: _____