

Herzlich willkommen in unserer Praxis!
 Wir freuen uns, dass Sie zu uns gefunden haben!
 Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Anmeldung

Datum

Name		Vorname	
geb. am	male <input type="checkbox"/>	female <input type="checkbox"/>	
bei Kindern: Elternteil		geb. am	
Straße			
PLZ	Wohnort		
Telefon	Telefon mobil		
email			
Beruf (freiwillige Angabe)			
Krankenkasse			
überwiesen/empfohlen von (freiwillige Angabe)			
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?			
gegenwärtige Erkrankungen:			
Herz/Kreislauf		Allergien	
Leber		Blut	
Infektionserkrankungen		Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	
Besteht eine Schwangerschaft?		sonstige Erkrankungen	
Haben Sie besondere Wünsche?			
Datenschutz bitte Rückseite ausfüllen			

Datenschutz

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist für uns seit Jahren ein wichtiges Thema. Seit dem 25.05.18 ist die EU-Datenschutzgrundverordnung in Kraft, zu deren Kernanliegen die Transparenz der Datenverarbeitung personenbezogener Daten zählt.

Die Patienteninformation zum Datenschutz können Sie den Auslagen in unseren Wartezimmern entnehmen.

Einverständniserklärung

Mit der Datenerhebung, der Verarbeitung und Nutzung, sofern dies für die Behandlung notwendig ist, bin ich einverstanden.

Änderungen

Ich erkläre mich bereit, alle Änderungen betreffend Gesundheit und Wohnort, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen. Sollte ich einen Termin nicht einhalten können, sage ich ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Mir ist bekannt, dass nicht eingehaltene, nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Lottstetten, den _____

(Unterschrift des Patienten)