

## Patienten-Informationsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie können mir die Arbeit erleichtern, indem Sie mir vorab folgende Information geben:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ Wohnort
Telefon	Mobil	E-Mail

Ich bin privat krankenversichert / privat zusatzversichert / beihilfeberechtigt bei \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben Sie derzeit? \_\_\_\_\_

Wann sind diese Beschwerden erstmalig aufgetreten? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie momentan oder regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Arzt-/Heilpraktikerbesuch? \_\_\_\_\_ Weshalb? \_\_\_\_\_

Welche Diagnosen/Erkrankungen wurden ärztlicherseits festgestellt? \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Unfälle: \_\_\_\_\_

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen, wenn zutreffend:

Ich bin damit einverstanden, dass ich per Newsletter über aktuelle Gesundheits- und Praxisthemen informiert werde.

Ich bin von Frau Neuhausen über die voraussichtlichen Kosten in Höhe von ca. 80 € pro Behandlungseinheit (50 Minuten) informiert worden.

Ich bin darüber informiert worden,

- dass die gesamten Kosten von einer gesetzlichen Krankenversicherung **nicht** übernommen werden
- dass die Kosten von einer eventuell bestehenden privaten Krankenversicherung, privaten Zusatzversicherung und/oder Beihilfestelle möglicherweise nicht oder nur teilweise übernommen werden
- dass die entstehenden Untersuchungs- und Behandlungskosten unabhängig von Versicherungs- und/oder Beihilfeleistungen in voller Höhe an Frau Neuhausen zu bezahlen sind.

Hinweis: Wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie mich bitte 48 Stunden vorher – ansonsten muss ich Ihnen diesen leider in Rechnung stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_