	HAUSÄRZTE IM WASSERKRÜGER WEG FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND INNERE MEDIZIN SPORTMEDIZIN, AKUPUNKTUR, DIABETOLOGIE, GERIATRIE	Version 3.0	Seite 1/2
			Neuanmeldungsbogen.doc zuletzt geändert am 31. März 2023

Neuanmeldungsbogen

Bitte leserlich schreiben, Danke 😊

Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> normal oder <input type="checkbox"/> ermäßigter Tarif bei Privatkassen
---------------	---

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

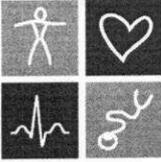
Anschrift:	ZERTIFIZIERT NACH DIN EN ISO 9001 	
Telefon-Nr.:	Handy:	
E-Mail:	Änderungen bitte in der Praxis bekannt geben, danke.	

Beruf:	Arbeitgeber:
--------	--------------

<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet
Anzahl der Kinder:

Wem dürfen wir Auskunft geben? Name:
<input type="checkbox"/> keinem!

Bei welchem Arzt waren Sie vorher in Behandlung?	
Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
Dürfen wir Sie an fällige Termine wie z. B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchen u. ä. erinnern (Telefon / Mail / Fax)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dürfen wir Befunde wie Labor, Medikamentenpläne, KH-Berichte u. ä. an Ihre mitbehandelnden (Fach-) Ärzte, Krankenhäuser ... übermitteln (Fax / Mail)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	HAUSÄRZTE IM WASSERKRÜGER WEG FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND INNERE MEDIZIN SPORTMEDIZIN, AKUPUNKTUR, DIABETOLOGIE, GERIATRIE	Version 3.0	Seite 2/2
		Neuanmeldungsbogen.doc zuletzt geändert am 31. März 2023	

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?
Hatten Sie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? a) schwere Erkrankungen? b) Unfälle? c) Operationen? d) sonstiges, wie Blutungsneigung? Infektionskrankheiten? resistente Keime?
Bestehen Allergien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Haben Sie eine Kur gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und wo
Nennen Sie uns bitte den Grund Ihres Kommens: <small>(bei starken Schmerzen oder Fieber bemühen wir uns um eine möglichst schnelle Behandlung, also bitte angeben)</small>

Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung zur Terminerinnerung und/oder zu mitbehandelnden (Fach-)Ärzten/Kliniken,... Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff Dritter ist nicht möglich!
 Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme des Aushangs der Patienteninformation zum Datenschutz und bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Patienteninformation nach Art. 13 DSGVO jederzeit schriftlich ausgehändigt bekommen kann. Ich willige ebenso in die Verwendung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitungszwecke ein.

Möln, den _____

Unterschrift _____