

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen möglichst vollständig aus. Dies erleichtert uns die Untersuchung und eine eventuell folgende Behandlung, denn nur so können wir diese gezielt und individuell mit Ihnen abstimmen. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam

Persönliches

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.	PLZ/Ort
Tel. Festnetz	Tel. mobil
E-Mail	Beruf
Größe	Gewicht
Krankenkasse	

- Gesetzlich versichert ja nein
Privat versichert ja nein
Beihilfeberechtigt ja nein
Privat zusatzversichert ja nein

Versicherter:

Name/Vorname
Straße/Nr.

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in der wievielten Woche?

PLZ/Ort
Ist auch Rechnungsadresse ja nein
Wenn nein, dann:

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen
 Telefon- / Branchenbuch
 Internet
 Sonstiges

Name/Vorname
Straße/Nr.
PLZ/Ort

Newsletter: Klinische Studien und Praxisnewsletter

Auf Wunsch informieren wir Sie einmal pro Quartal per E-Mail über klinische Studien in unserer Praxis.

- Ja, ich möchte gerne per E-Mail über klinische Studien informiert werden.

Einmal pro Quartal informieren wir Sie auf Wunsch über verschiedene Behandlungen, Veranstaltungen und Events, die in unserer Praxisklinik stattfinden. Darüber hinaus erhalten Sie von uns Informationen zu innovativen, neuen Therapien und praktische Tipps, wie Sie Ihrer Haut in Sachen Gesundheit und Beauty etwas Gutes tun können.

- Ja, ich möchte Newsletter gerne per E-Mail abonnieren.

