

## Aufnahmebogen / Hinweise

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir bitten Sie um:

### **persönliche Angaben:**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Beruf (Patient): \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_  
evtl. Hauptversicherter: \_\_\_\_\_ schriftlicher  
Bericht erwünscht? (zzgl. Kosten) o ja o nein

Geburtsdatum Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse (ggf. für Befunde oder Recall): \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Welche Medikamente, Blutverdünner oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

Hatten Sie bereits größere Operationen oder längere Krankenhausaufenthalte?

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

Zuckerkrankheit  nein  ja  
Sonstige Erkrankungen, welche?  nein  ja:  
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis)  nein  ja:  
Haben Sie Allergien, welche?  nein  ja:  
Haben Sie Haustiere?  nein  ja: welche?

Wann war Ihre letzte Hautkrebsvorsorge?  keine bisher  ja, \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie an Ihren Kontrolltermin erinnern?  nein  ja, o telefonisch  Post o Mail

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Telefonbuch  Praxisschild  Apotheke .....  Internet

Empfehlung durch  Arzt .....  Familie / Freunde / Bekannte  sonst: .....

**Wichtige Hinweise:** Ich versichere mit meiner Unterschrift auf diesem Formular die Richtigkeit meiner Angaben. Ergeben sich während der Behandlung Änderungen zu diesen Angaben, werde ich Sie benachrichtigen. Durch die Untersuchung/Behandlung/Beratung durch Frau Dr. Henriette Rheinen, Dr. Katja Keil oder ihre Vertretung Dr. Kristina Oberle/ Dr. Christiane Marks/Dr. Daniela Feld, kommt zwischen Ihnen und Frau Dr. med. Rheinen und Frau Dr. med. Keil ein ärztlicher Behandlungsvertrag zustande. Das Honorar für ärztliche Leistungen wird Ihnen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet. Sie sind als Selbstzahler zur Zahlung des gesamten Honorars verpflichtet, unabhängig davon, ob ein Versicherungsschutz bei einer privaten Krankenversicherung besteht. Medizinisch nicht notwendige Leistungen bzw. kosmetische Behandlungen werden von privaten Krankenversicherungen nicht erstattet. Bei Nichtanerkennung korrekt in Rechnung gestellter Leistungen nach GOÄ, trotz zusätzlicher Begründung, die Sie von uns erhalten können, ist ein evtl. Differenzbetrag von Ihnen selbst zu zahlen. Gerne können Sie die GOÄ in der Praxis einsehen. Einige Laborleistungen (z.B. Blut- und histologische Untersuchungen, Abstriche) erfolgen durch ein Labor außer Haus und werden Ihnen durch dieses gesondert in Rechnung gestellt. Ich willige in die Erhebung und Übermittlung meiner Daten ein (siehe Rückseite).

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