

Sehr geehrte*r Patient*in,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse (Straße,Ort):

Krankenkasse:

Mobil:

Telefon privat:

E-Mail:

Bitte Zutreffendes unterstreichen!

1. Sind Sie **Asthmatiker*in**, **Diabetiker*in**, haben Sie eine **Herz-/Gefäßkrankung** oder

andere Erkrankungen

2. Haben Sie **Osteoporose**?

3. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein?

4. Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**?

5. Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**?

6. Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches / extremes Schwitzen**?

7. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und / oder **Operationen**?

8. Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**?

9. Haben Sie **sonstige Beschwerden**?

Seh-,Sprech-,Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, leichte Bluterüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Ohnmachtsanfälle, Schluckbeschwerden, Doppelbilder, etc.?

9. Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **besser werdend/gleich/schlechter werdend/variabel**

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

❗ Bitte bringen Sie zu Ihrer Behandlung ein Handtuch/Badetuch mit.

Zu Ihrer Information

Sollten Sie einen bei uns geplanten Termin nicht wahrnehmen können, müssen Sie diesen 24 Std. im Voraus absagen, sonst stellen wir Ihnen diesen privat in Rechnung.

Bitte beachten Sie, dass außer bei Privatversichererten und Zusatzleistungsbesitzern Patienten ein Eigenanteil für das Rezept zu bezahlen ist. Dieser richtet sich nach dem Rezeptwert.

Denken Sie rechtzeitig an Folgetermine!

Sie gestatten der Praxis R. Walter im Rahmen der Therapie personenzugehörige Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistungen erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten gegenüber dem Praxisinhaber. Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungsfrist 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Ihre Daten können an ein von uns beauftragtes Abrechnungszentrum weitergegeben werden und zur Korrektur an Ihren Arzt gefaxt werden. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit von Ihnen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Winterbach, den

Unterschrift