



ID-Nr.:

# HAUTARZT DR. THOMAS

Dermatochirurgie • Faltenunterspritzung • Hautkrebsvorsorge

## Patienten – Aufnahmebogen

### Persönliche Daten

Name:	_____
geb. am:	_____
Straße:	_____
PLZ u. Ort:	_____
Telefon:	_____
Mobil-Tel.-Nr.:	_____
E-Mail-Adresse:	_____@_____
Beruf:	_____
Versicherung:	_____
Vers.-Nr.:	_____

Bei minderjährigen Patienten bitte Angaben des Erziehungsberechtigten bzw. des Hauptversicherten:	
Name:	_____
geb. am:	_____
ggf. abweichende Adresse:	_____
	_____

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung Hausarzt	<input type="checkbox"/>	Anzeige	<input type="checkbox"/>
Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	Arztschild vorm Haus	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	Telefonbuch	<input type="checkbox"/>

- Bitte wenden -

## Allgemeine- bzw. Medizinische Daten, soweit bekannt

Rauchen ja  nein

Alkohol ja  nein

Schwangerschaft ja  nein

Allergien (Medikamente/Nahrungsmittel): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chron. Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Recall-System

Ich möchte den Service in Anspruch nehmen, dass die Hautarztpraxis Dr. Thomas mich über bevorstehende wichtige Termine (z.B. Hautkrebsvorsorge) per E-Mail oder per Post informiert. Meine Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

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

(Unterschrift Patient)

Die Arztrechnung der Hautarztpraxis Dr. Thomas richtet sich nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte und ist, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung, unmittelbar nach Leistungserbringung zahlbar.

Der Patient ist mit der Rechnungsstellung durch eine ärztliche Abrechnungsstelle bzw. mit der Weitergabe an ein Inkassobüro einverstanden.

Laufen/Oberndorf am \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter