

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Ihre Anmeldung rasch gestalten zu und persönliche Angaben vertraulich an uns zu übermitteln,
bitten wir Sie diesen Bogen auszufüllen.

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Gewicht : _____ kg und Grösse: _____ cm

Derzeitige Medikamente:

Medikamentenname	Medikamentendosis	Einnahmezeitpunkt Morgens/Mittags/Abends

Grund des heutigen Besuchs: Beschwerden / Sonstiges

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sind wir verpflichtet, Arztberichte an überweisende Praxen zu übermitteln, bei anderweitigen Anfragen aus Kliniken, Praxen auch von Familienangehörigen / Lebenspartner unterliegen wir selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, von der Sie uns für eventuelle spätere Situationen (Klinikaufenthalt, Anfragen aus einer anderen Praxis) entbinden können. Bitte entscheiden Sie:

Die Ärzte der Praxis dürfen anderen Ärzten Auskunft geben: Ja Nein

Die behandelnden Ärzte der Praxis dürfen folgenden/m Angehörigen Auskunft geben:

Datum und Unterschrift: _____