

## Patienten-Bogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie können mir die Arbeit ein wenig erleichtern, indem Sie mir vorab folgende Informationen geben:

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Versicherung:  privat  gesetzlich  Zusatzversicherung      Beruf

Wo sind Ihre derzeitigen Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wann sind diese erstmals aufgetreten? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie momentan oder regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

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

Unfälle: \_\_\_\_\_

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten?

Bandscheibenschaden

Herz-Kreislauf-Gefäße

Ischialgie

Tumor

Arthrosen

Magen-Darm-Probleme

Leber-Gallenblase

Diabetes

Osteoporose

Atemwegssystem

Venenleiden

Allergien

Kopfschmerz

Hepatitis

Sie werden hiermit darüber informiert,

- dass die von Ihnen gewünschten Leistungen von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden
- dass die private Krankenversicherung / Zusatzversicherung / Beihilfe die entstehenden Kosten möglicherweise nicht oder nur teilweise übernimmt
- dass die entstehenden Untersuchungs- und Behandlungskosten unabhängig von Versicherungs- und/oder Beihilfeleistungen innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungserhalt in voller Höhe von Ihnen zu begleichen sind.
- dass ab der 2. Mahnung das Mahnverfahren durch einen Anwalt/in erfolgt und dadurch höhere Kosten entstehen.

Hinweis: Wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie mich bitte 24 Std. vorher – ansonsten muss ich Ihnen diesen leider in Rechnung stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.