

Patientenaufnahme

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie das Formular anbei auszufüllen. Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. **Vielen Dank.**

Behandelnder Arzt: Priv. Doz. Dr. M. Voigt Priv. Doz. Dr. N. Iblher Prof. N. Torio

Persönliche Daten

Titel, Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl, Ort _____ E-Mail _____

Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____

Krankenversicherung _____

Hausarzt _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Persönliche Empfehlung Außenwerbung

Jameda Presse

Internetseite Andere: _____

Google Arzt: _____

Ihr Anliegen

Allgemeine Angaben / Gesundheitszustand

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Woche? _____

Nehmen Sie Medikamente? Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Narkoseunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche? _____
Bisherige OP's	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen _____

Unser Service für Sie

Wünschen Sie eine Terminerinnerung? Wenn ja, auf welchem Weg?

Per SMS Per E-Mail Kein Interesse

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis bzw. zu Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Weg?

Per Post Per E-Mail Kein Interesse

Für alle wiederkehrenden Behandlungen (z.B. Botulinumtoxin, etc.) bieten wir Ihnen einen Recallservice an.

Gern informieren wir Sie rechtzeitig über Ihr nächstes Behandlungsintervall. Bitte wählen Sie, wie Sie kontaktiert werden möchten:

Per Post Per E-Mail Per SMS Per Anruf Kein Interesse

Möchten Sie Ihre Post an eine andere Adresse als die umseitig genannte gesendet bekommen? Wenn ja, geben Sie bitte Ihre Wunschadresse an.

Nein Ja _____

Wir möchten Sie bitten, uns Änderungen Ihrer Angaben oder neu auftretende Erkrankungen rechtzeitig mitzuteilen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen und obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Sie erklären sich zudem einverstanden, dass Ihre Patientenakte als gemeinsame Patientenakte in der Praxisgemeinschaft Dr. Voigt, Dr. Iblher, Prof. Torio geführt wird und auch die anderen ärztlichen Kollegen Einblick in Ihre Akte haben dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der PRAXIS FÜR PLASTISCHE CHIRURGIE FREIBURG

Praxisgemeinschaft in Freiburg

Bismarckallee 17 | 79098 Freiburg | T +49 (0)761 - 29 28 16 81 | F +49 (0)761 - 29 22 048
info@plastische-chirurgie-in-freiburg.de | www.plastische-chirurgie-in-freiburg.de