

Liebe/r Patient/in,

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen.

Die folgenden Angaben benötigen wir um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beantworten die Fragen vollständig.

Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient:** \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Wohnort

**Telefon:** \_\_\_\_\_  
Privat Mobil Email-Adresse

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Versicherter:** \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

**Anschrift (falls abweichend):** \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Wohnort Telefonnummer

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_  
Name Anschrift

**Notfallkontakt:** \_\_\_\_\_  
Name Telefon

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja  nein

Hiermit **entbinde** ich Dr. Heeren & Herrn Dr. Kreuzer von der **Schweigepflicht** gegenüber weiterbehandelnden Ärzten und Krankenkassen um Behandlungsberichte und Röntgenbilder zur Weiter- und Nachbehandlung zu übersenden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

**Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, mit einem Ausfallhonorar in Rechnung stellen.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_