

AUFNAHMEBOGEN

Name _____

Vorname: _____

Straße _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum _____

Tel. (tagsüber erreichbar) _____

E-Mail-Adresse: _____

FREIWILLIGE ANGABEN

Krankenkasse _____

Behandelnder Arzt _____

ANAMNESE

Hatten / Haben Sie eine der folgenden Krankheiten:

Diabetes mellitus (Zucker) ja nein Wissen Sie Ihren Hba1C-Wert? _____

Allergische Reaktionen ja nein Falls ja, welche?: _____

Nehmen Sie Blutverdünner? ja nein

Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Wert _____

Gelbsucht Leberkrankheit HIV-Infektion

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ja nein

ggf. welche _____

Teilen Sie bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und ihrer Adresse mit!

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich nehme zur Kenntnis:

1. daß die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nach der aktuellen Fassung des Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) erfolgt (www.gesetze-im-internet.de/bdsg_2018),
2. daß eine Terminabsage mindestens 24 Stunden vorher zu erfolgen hat. Bei Nichteinhaltung ist die Praxis nach § 615 Satz 1 und 2 BGB berechtigt, Ihnen oder Ihren Bevollmächtigten bzw. Betreuer eine Ausfallgebühr von 70 % in Rechnung zu stellen. Weitere Einzelheiten dazu siehe AGB (Aushang bzw. Internet podologie-masuch-dresden.de).

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

Ich erkenne die gültige Preisliste und die AGB's zum Zeitpunkt der Behandlung an.

Datum

Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)