



Gemeinschaftspraxis für Neurologie

Dr. med. Wendelin

Dr. med. Johannes

Blersch

Neurologe

Redelstein

Neurologe

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu können. Bitte geben Sie uns folgende Daten zur Patientenverwaltung an:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: privat: _____ Tel.. mobil : _____

E-Mailadresse: _____

Krankenversicherung: _____

Name des Hausarztes: _____

Überweisender Arzt: _____

Teilen Sie uns bitte auch mit, wen wir über Ihre Behandlung informieren sollen!

Ich wünsche, dass folgender Arzt informiert wird: _____

Ich wünsche, dass **kein** Arzt informiert wird.

Bitte Rückseite beachten! 

Bitte beantworten Sie uns noch folgende Fragen:
Welche Beschwerden führen Sie zu uns (Stichworte)?

Werden Sie wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt?

Bluthochdruck Zuckerkrankheit hohe Cholesterinwerte

oder bestehen weitere Vorerkrankungen?

Bestehen Allergien? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Falls ja welche und in welcher Dosis?

Sind Sie bereits in Rente?

ja

nein

Haben Sie vor Rente zu beantragen?

ja

nein

Entsprechend der EU-Datenschutz-Grundverordnung stimme ich der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der ärztlichen Behandlung in der Gemeinschaftspraxis Dr. Blersch und Dr. Redelstein zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann.
--

Die Rechnungsstellung erfolgt bei privater Abrechnung oder fehlender Krankenkassenkarte nach den Regeln der GOÄ. Der Behandlungsvertrag gilt bei privat Versicherten oder Selbstzahlern unabhängig von der Erstattung durch die Krankenkasse.

Wir versuchen, Wartezeiten auf ein Minimum zu begrenzen und halten vereinbarte Termine für Sie frei. Deshalb bitten wir Sie Ihren Termin, im Fall der Verhinderung, rechtzeitig telefonisch oder per Mail bei uns abzusagen – d.h. mindestens 48 Stunden vorher. Andernfalls müssen Sie mit einer Gebühr von €40,- rechnen.
--

Einverständnis zur Behandlung in der Gem.Praxis Dr. Blersch/Dr. Redelstein:

Ich habe die obigen Punkte gelesen und bin einverstanden.

Regensburg, den _____ Unterschrift _____