



MEDICAL HISTORY

Dear patient, we are pleased to welcome you to our practice. We would like to ask you to complete this form carefully. This will provide us with important information that may have an impact on your treatment. We also need certain data for a smooth administrative process and for patient services requiring consent.

PATIENT

Surname, first name _____
Date of birth _____
Your address _____
Privat phone number _____
Business phone number _____
Mobil phone _____
Email adress _____
Profession _____

PERSON LIABLE TO PAY (usually the patient him/herself, in the case of children the legal guardian)

Surname, first name _____
Date of birth _____
Your address _____
Privat phone number _____
Business phone number _____
Mobil phone _____
Email adress _____
Profession _____
Name of health insurance or insurance company _____

YOU ARE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> legally insured | <input type="checkbox"/> privately insured | <input type="checkbox"/> not insured |
| <input type="checkbox"/> Voluntarily insured with statutory health insurance | <input type="checkbox"/> Entitled to benefits | <input type="checkbox"/> Private supplementary insurance |

NAME, ADDRESS OF FAMILY DOCTOR

NAME, ADDRESS OF FAMILY DENTIST

I agree that I will be reminded of my appointment by telephone, post, e-mail or text message.

yes no

How did you find out about our practice?

DÜRFEN WIR SIE ÜBER UNSERE WEITEREN MÖGLICHKEITEN INFORMIEREN?

- Vitamin- / Aufbauinfusionen
- Ästhetische Behandlungen
- Anti-Aging Behandlungen
- Ernährungsberatung
- Zahnreinigung / Prophylaxe
- Blutwertanalysen
- Laserbehandlungen
- Hautuntersuchungen

Zu allen angebotenen Leistungen berät Sie unser Team gerne.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN ZUR ÜBERMITTLUNG VON BEHANDLUNGSDATEN UND BEFUNDEN (§ 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. T. Franke Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Zahnarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an die Praxis Dr. med. T. Franke weiterzuleiten.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. T. Franke, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt, Zahnarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.

Berlin, den _____

Datum / Unterschrift Patient/in oder des Erziehungsberechtigten

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben) Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzregelungen.

Bitte beachten Sie: Für Termine, die nicht mindestens 24 Std. vorher abgesagt werden, erlauben wir uns ein Ausfallhonorar gem. § 615 BGB in Höhe von 100 € zu berechnen.