



Name:

Vorname:

Tel.:

Hausarzt:

Mobil:

Krankenkasse:

Ich bin bei den folgenden **Fachärzten** in Behandlung:

---

Welche Krankheiten, Beschwerden bzw. Symptome führen Sie zu uns?

Bestehen Ein-und/oder Durchschlafstörungen? **JA**  **Nein**

**BMI:**

Körpergröße und -gewicht: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg Rauchen Sie? **JA**  **Nein**

Psychotherapeutische Vorbehandlung (Stationär und/oder ambulant mit Jahresangabe, von-bis):

Körperliche Vorerkrankungen:

Aktuelle Medikation (auch aufgrund körperlicher Erkrankungen):

Ist ein Rentenantrag gestellt oder sind Sie bereits berentet?

**Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**  Gelbe Seiten  Internettelefonbuch

Internetsuchmaschine  Krankenkasse  Persönliche Empfehlung

Kassenärztliche Vereinigung  Sonstige:

*Wir sind als Vertragsärzte dazu verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt einen Bericht über die Diagnostik und, bei fortgesetzter Behandlung, auch quartalsweise über den therapeutischen Verlauf zukommen zu lassen. Sie haben als Patient/Patientin allerdings auch das Recht, dem zu widersprechen. Bitte kreuzen Sie nachfolgend an, ob Sie das Versenden des Befundberichtes wünschen oder nicht:*

Ich bin mit dem Versand des Befundberichtes an den überweisenden Arzt **einverstanden**

Ich bin mit dem Versand des Befundberichtes **nicht einverstanden**

Ich bin mit Kontaktaufnahme (schriftlich/telefonisch/SMS/email) bzgl. Untersuchungen/  
Terminerinnerungen einverstanden: **Ja**  **Nein**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass **Termininformationen** über die in der Praxis hinterlegten Kontaktdaten (insbes. Telefonnummern) an alle **hierüber** erreichbaren Personen weitergegeben werden dürfen. Andernfalls weise ich hiermit auf Ausnahmen hin:

---

**Unterschrift und Datum:**

Stand 01.06.2017

Punktzahl AR:

