

ANAMNESEBOGEN

Vorname

Nachname

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Hausarzt bzw. überweisender Arzt

Vorerkrankungen

Allergien/Unverträglichkeiten

Besondere Bemerkungen

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen wird Ihre Einwilligung in die Übermittlung der Untersuchungsbefunde an Ihren Hausarzt und/oder den überweisenden Arzt benötigt. Sie können Ihre Zustimmung jederzeit widerrufen.

Ich erkläre mich mit der Übermittlung der Untersuchungsbefunde und des Arztbriefes an meinen Hausarzt und/oder den überweisenden Arzt einverstanden.

Der Behandlungsvertrag kommt ausschließlich zwischen Ihnen und Ihrer Ärztin Frau Monique Engelmann und nicht zwischen Ihnen und den anderen Ärzten und Therapeuten der Praxisgemeinschaft zustande. Ansprüche gegen die Gesamtheit der Ärzte als Praxisgemeinschaft bestehen daher nicht.

Ich habe den Hinweis zum Behandlungsvertrag zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift