

Privatpraxis für Dermatologie und Ästhetische Medizin an der Alten Oper

Dr. med. Ute Falk

Fachärztin für Dermatologie
Allergologie – Venerologie – Phlebologie

Opernplatz 6
60313 Frankfurt
Telefon (069) 133 888 50
praxis@dr-u-falk.de

Anmeldebogen

Zur Anlage Ihrer persönlichen Kartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig
Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon/Mobil _____

Straße, PLZ, Wohnort _____

Beruf _____

E-Mail _____

Privatkasse/Kostenträger _____

Hauptversicherte Person / Rechnungsempfänger _____

Hausarzt/behandelnder Arzt _____

Leiden Sie an akuten/chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (wenn ja, welche)?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein (wenn ja, welche) ?

Besteht eine Arzneimittelunverträglichkeit / Allergie ? _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV etc.) ? _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam ?

Internet: Wenn ja, welche Web-Seite:

Empfehlung: Telefonbuch:

E-Mail- Erinnerung für Hautkrebsvorsorge per E-Mail erwünscht: ja nein

Wir möchten Sie höflichst darauf hinweisen, dass wir mit dem 3,5 Fachen Satz abrechnen.

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Praxis (AGB, siehe Aushang an der Rezeption, Auslage im Wartezimmer und Internetseite, a.W. Aushändigung), in die ich ausdrücklich einwillige.

Frankfurt am Main, den _____ Unterschrift: _____