



PS-Patienten-ID:

Handzeichen

Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie unserer Praxis Ihr Vertrauen schenken. Dieser Fragebogen hilft uns, einen ersten Eindruck über Ihr Beschwerdebild oder Ihr Anliegen zu gewinnen. Wir bitten Sie deshalb, die Fragen sorgfältig zu beantworten und **gut leserlich** auszufüllen.

Patient

vollständiger Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:			
Telefonnummer privat:	Handy:	Telefonnummer beruflich:	
versichert bei:	mit Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Behandlungsvertrag:

Hiermit beantrage ich die Untersuchung/Behandlung durch Herrn Dr. Senger bzw. durch angestellte Ärzte. Ich bin mit der Liquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß dem Paragraphen 1 - 12 einverstanden.

Auch bin ich damit einverstanden, dass mir bei Leistungserbringung durch Dritte (z.B. Labor, Histologie) eine gesonderte Rechnung durch diese Stelle zugeht (§ 4 Abs. 5 GOÄ). Ich verpflichte mich, das nach GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze § 5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht in vollem Umfang erstatten. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung ohne zeitliche Begrenzung gilt und ich diese mit sofortiger Wirkung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Ihr Anliegen / Ihre Beschwerden:

--



Besteht bei Ihnen eine Allergie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bisher schon etwas gegen Ihre Erkrankung unternommen? Wenn ja, was?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Besteht eine andere Erkrankung? (z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf, Durchblutung etc.) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<hr/>		
Werden Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hautkrebs-Screening:

Möchten Sie eine Hautkrebs-Vorsorge-Untersuchung durchführen lassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Anregungen, Wünsche:

Haben Sie eine Anregung oder einen besonderen Wunsch, möchten Sie Ihre Angaben ergänzen?
--

Unser Leistungsspektrum für Sie:

Aknetherapie - Professionelle Hautreinigung	Hautkrebs-Screening
Allergie	Hautmedizinische Studien
Ästhetische Dermatologie	Lichttherapie
Allgemeine Dermatologie	Lasertherapie
Balneo-Photo-Therapie	Medical Needling - Dermaroller
Beruf und Haut	Mikrodermabrasion
Ernährung und Haut	Nagelerkrankungen
Faltenbehandlung	Operative Dermatologie
Fettschmelzung - Lipolyse	Photodynamische Therapie
Fruchtsäuretherapie	Psyche und Haut
Genitale Erkrankungen	Übermäßiges Schwitzen
Haare und Haarausfall	Venenleiden
Hämorrhoidenleiden	