

# Anmeldebogen Altstadtpraxis Amberg

Um Ihre Anmeldung rasch gestalten zu können und persönliche Angaben vertraulich an uns zu übermitteln, bitten wir Sie diesen Bogen zu aktualisieren.

Name, Vorname, Anschrift:

---

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gewicht : \_\_\_\_\_ kg und Grösse: \_\_\_\_\_ cm

**Aktuelle Medikation:**

---

**Grund des Besuchs: Beschwerden / Sonstiges**

---

---

---

Bitte entscheiden Sie:

**Die Ärzte der Praxis dürfen anderen Ärzten Auskunft geben: Ja O Nein O**

**Mit einer Befundübermittlung per Mail bin ich einverstanden: Ja O Nein O**

(Mailversand erfolgt verschlüsselt, als Paßwort dient Ihr Geburtsdatum ( 8stellig, ohne Punkt) Beispiel: 1.4.1960 wird zu 01041960)

**Ein Brief – oder Rezeptversand zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse ist nicht möglich!**

Die behandelnden Ärzte der Praxis dürfen folgenden/m Angehörigen Auskunft geben:

---

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_