

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 Nein

Mit einer Befundübermittlung per Mail bin ich einverstanden: Ja Nein

(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: _____