

# HERZLICH WILLKOMMEN in unserer Praxis



Liebe Patientin, lieber Patient,

die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre persönliche Akte anzulegen. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beantworten Sie die Fragen vollständig. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Bitte unbedingt angeben, diese Daten sind für uns sehr hilfreich, um Sie schnell erreichen zu können:**

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

e- Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxis per sms oder e-mail kontaktiert  
Bitte kreuzen Sie diese Erklärung an und unterschreiben Sie

hier: \_\_\_\_\_

Ihr Einverständnis zur automatischen Terminerinnerung ist selbstverständlich freiwillig. Uns liegt Ihr Einvernehmen besonders am Herzen, da die Terminerinnerungsfunktion für Sie als Patient einen guten Service bietet und unsere Praxisabläufe optimal unterstützt.

Ich komme mit Überweisung von Dr. \_\_\_\_\_  
zur diabetologischen Behandlung

Ich möchte künftig hausärztlich in der Praxis betreut werden

Vertretung / andere Gründe: \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien und Unverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Bitte wenden

## Medikamenteneinnahmeplan

Bitte nennen Sie uns alle Medikamente, die Sie regelmäßig oder bei Bedarf einnehmen. Für die Qualität unserer Behandlung ist eine genaue und vollständige Übersicht sehr wichtig.

Name Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Spät	Bei Bedarf

Hainburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_